Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 2023-10-16

Wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 2023-11-01

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1	Acarbosum	Adeksa, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990893423	2022-05-01	3 lata	17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfaglukozydazy - akarboza	12,30	13,28	18,95	18,95	Cukrzyca		30%	5,69
2	Acarbosum	Adeksa, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990893386	2022-05-01	3 lata	17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfaglukozydazy - akarboza	8,70	9,40	12,77	9,48	Cukrzyca		30%	6,13
3	Acebutololum	Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990109920	2022-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,10	8,75	11,26	6,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,96
4	Acenocoumarolum	Acenocumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	05909990055715	2022-01-01	3 lata	21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K	9,24	9,98	14,56	14,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,12
5	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991413590	2021-09-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	8,98	9,70	14,21	12,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,88
6	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991413675	2021-09-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	14,50	15,66	23,04	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,52
7	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 800 mg	30 szt.	05909991413736	2021-09-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	29,00	31,32	42,67	42,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,34
8	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991049515	2022-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	10,50	11,34	15,95	12,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,62
9	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991052218	2022-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	17,50	18,90	26,47	25,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,80

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
10	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 800 mg	30 szt.	05909990835782	2022-05-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	35,00	37,80	49,54	49,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,77
11	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990840014	2022-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	10,67	11,52	16,14	12,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,81
12	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990840113	2022-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	19,47	21,03	28,73	25,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,06
13	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 800 mg	30 szt.	05909990840229	2022-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	35,99	38,87	50,67	50,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,34
14	Acidum alendronicum	Alendran 70, tabl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909990072156	2022-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	7,65	8,26	12,30	12,30	Osteoporoza		30%	3,69
15	Acidum alendronicum	Alendrogen, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990623112	2022-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	6,10	6,59	10,63	10,63	Osteoporoza		30%	3,19
16	Acidum alendronicum	Alendronat Bluefish, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990737673	2022-09-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	5,00	5,40	9,44	9,44	Osteoporoza		30%	2,83
17	Acidum alendronicum	Ostemax 70 comfort, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991081713	2022-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	7,83	8,46	12,50	12,50	Osteoporoza		30%	3,75
18	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991087418	2022-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	7,85	8,48	12,52	12,50	Osteoporoza		30%	3,77
19	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	6 szt.	05909991087425	2022-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	11,77	12,71	18,20	18,20	Osteoporoza		30%	5,46
20	Acidum alendronicum	Ostolek, tabl. powl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909991032517	2022-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	7,73	8,35	12,39	12,39	Osteoporoza		30%	3,72

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
21	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990109319	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-05-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	27.0, Kwas foliowy i pochodne - kwas foliowy	8,40	9,07	13,32	13,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1> choroby reumatyczne - u pacjentów leczonych metotreksatem; <2> łuszczyca - u pacjentów leczonych metotreksatem	ryczałt	13,32
22	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990109210	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-05-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	27.0, Kwas foliowy i pochodne - kwas foliowy	2,80	3,02	5,03	4,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1> choroby reumatyczne - u pacjentów leczonych metotreksatem; <2> łuszczyca - u pacjentów leczonych metotreksatem	ryczałt	5,03
23	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 180 mg	120 szt.	05909991227272	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	91,00	98,28	117,55	94,82	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	25,93
24	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 360 mg	120 szt.	05909991227319	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	191,00	206,28	236,03	189,65	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	49,58
25	Acidum ursodeoxycholicum	Proursan, kaps., 250 mg	90 szt.	05909991203924	2022-11-01	3 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	72,90	78,73	95,19	75,09	Zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą; Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby		30%	42,63
26	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741	2023-09-01	3 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	70,00	75,60	92,59	83,43	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby		30%	34,19
27	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675	2022-11-01	3 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	63,00	68,04	83,86	75,09	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby		30%	31,30
28	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223	2023-01-01	3 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	45,00	48,60	61,13	50,06	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby; Wewnątrzwątrobowa cholestaza ciężarnych		30%	26,09
29	Acidum ursodeoxycholicum	Ursoxyn, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909991325794	2022-09-01	3 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	62,00	66,96	83,43	83,43	Zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą; Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby		30%	25,03

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
30	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	05909990023813	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	32,20	34,78	45,74	45,74	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,56
31	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	05909990023813	2022-01-01	3 lata	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	32,20	34,78	45,74	45,74	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
32	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	05909990244317	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	9,66	10,43	15,17	13,72	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	4,65
33	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	05909990244317	2022-01-01	3 lata	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	9,66	10,43	15,17	13,72	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,45
34	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	05909990244416	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	19,39	20,94	28,86	27,44	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	4,62
35	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	05909990244416	2022-01-01	3 lata	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	19,39	20,94	28,86	27,44	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,42
36	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt. (blist.)	05909990694327	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	11,35	12,26	17,01	14,16	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	6,05
37	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt. (blist.)	05909990694327	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	11,35	12,26	17,01	14,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,85

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
38	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991210328	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	14,45	15,61	22,35	22,35	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
39	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991210328	2022-05-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	14,45	15,61	22,35	22,35	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
40	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991229610	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	14,70	15,88	22,63	22,63	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
41	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991229610	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	14,70	15,88	22,63	22,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
42	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt. (blist.)	05909990694426	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,55	16,79	23,60	23,60	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
43	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt. (blist.)	05909990694426	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,55	16,79	23,60	23,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
44	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	05909990425693	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	4,65	5,02	7,16	4,72	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	5,64
45	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	05909990425693	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	4,65	5,02	7,16	4,72	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,44

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
46	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg	30 sasz.po 3030 mg	05909990425754	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	39,10	42,23	53,46	47,20	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,46
47	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg	30 sasz.po 3030 mg	05909990425754	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	39,10	42,23	53,46	47,20	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	6,26
48	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg	30 sasz.po 758 mg	05909990425709	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	11,63	12,56	16,78	11,80	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	8,18
49	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg	30 sasz.po 758 mg	05909990425709	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	11,63	12,56	16,78	11,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,98
50	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	05909990425730	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	19,55	21,11	28,18	23,60	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	7,78
51	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	05909990425730	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	19,55	21,11	28,18	23,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,58
52	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	29,25	31,59	40,84	35,40	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	8,64
53	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	29,25	31,59	40,84	35,40	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
54	Acidum zoledronicum	Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	05909991228392	2021-05-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	85,00	91,80	111,41	109,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,49
55	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 - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	85,00	91,80	111,41	109,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,49
56	Acidum zoledronicum	Zoledronic acid Actavis, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	4 fiol. (5 ml)	05909990975747	2021-07-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	338,00	365,04	410,34	410,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
57	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Noridem, koncetrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05208063003388	2023-01-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	80,00	86,40	105,68	105,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
58	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990948994	2021-07-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	83,00	89,64	109,12	109,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
59	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	100 szt.	05909990907755	2022-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	128,00	138,24	163,21	163,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
60	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909990907731	2022-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	40,00	43,20	55,54	49,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,84
61	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	100 szt.	05909990907786	2022-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	320,00	345,60	389,36	389,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,62
62	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909990907762	2022-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	96,00	103,68	124,75	124,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
63	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	100 szt.	05909990697021	2022-01-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	128,00	138,24	163,21	163,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
64	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	30 szt.	05909990854462	2023-01-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	40,00	43,20	55,54	49,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,84
65	Acitretinum	Neotigason, kaps., 25 mg	100 szt.	05909990696925	2022-01-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	320,00	345,60	389,36	389,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,62

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
66	Adrenalinum	Adrenalina WZF, roztwór do wstrzykiwań, 300 µg/0,3 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909991069711	2022-07-01	3 lata	32.1, Leki stosowane doraźnie w nagłych przypadkach anafilaksji - leki adrenergiczne i dopaminergiczne - epinefryna - do podawania pozajelitowego	41,00	44,28	56,98	56,98	Leczenie doraźne w nagłych przypadkach ostrych reakcji alergicznych (anafilaksji), wywołanych przez pokarmy, leki, ukąszenia i użądlenia owadów oraz inne alergeny, jak również w przypadku anafilaksji samoistnej		50%	28,49
67	Agomelatinum	Agolek, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991388768	2021-07-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	46,90	50,65	64,27	62,93	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	20,22
68	Agomelatinum	Agomelatine +pharma, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05901720140494	2021-07-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	48,50	52,38	66,48	66,48	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	19,94
69	Agomelatinum	Agomelatine Adamed, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991387266	2021-07-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	47,50	51,30	64,96	62,93	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	20,91
70	Agomelatinum	Agomelatine G.L. Pharma, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	09008732009293	2022-03-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	45,00	48,60	62,10	62,10	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	18,63
71	Agomelatinum	Agomelatyna Egis, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05995327174952	2021-09-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	45,95	49,63	63,19	62,93	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	19,14
72	Agomelatinum	Lamegom, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	03838989699352	2021-05-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	45,73	49,39	62,93	62,93	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	18,88
73	Agomelatinum	Sedival, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991419172	2023-09-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	46,00	49,68	63,24	62,93	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	19,19
74	Agomelatinum	Symago, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991391423	2021-07-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	45,73	49,39	62,93	62,93	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	18,88
75	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	2022-01-01	3 lata	214.1, Alergeny kurzu domowego	330,92	357,39	409,55	409,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,41

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
76	Alfuzosini hydrochloridum	Alfabax, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990746576	2022-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,00	19,44	26,72	25,61	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,38
77	Alfuzosini hydrochloridum	Alfurion, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909991291945	2022-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,50	13,50	20,42	20,42	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,27
78	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz SR 5, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	20 szt.	05909990812714	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	8,45	9,13	12,25	8,54	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,91
79	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz Uno, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (blister)	05909990837816	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	22,50	24,30	31,87	25,61	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,53
80	Allopurinolum	Allupol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990109418	2022-01-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	5,25	5,67	8,81	8,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
81	Allopurinolum	Allupol, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991316228	2022-07-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	9,80	10,58	15,46	15,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
82	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	100 szt.	05907626706529	2021-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	10,20	11,02	16,23	16,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
83	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	50 szt.	05907626706505	2021-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	5,10	5,51	8,65	8,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
84	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	100 szt.	05907626706628	2021-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	30,60	33,05	44,16	44,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,00
85	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	30 szt	05907626706604	2021-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	9,18	9,91	14,75	14,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
86	Allopurinolum	Milurit, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990163212	2022-01-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	5,44	5,88	9,02	9,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
87	Allopurinolum	Milurit, tabl., 300 mg	30 szt.	05909990414819	2022-01-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	9,90	10,69	15,57	15,57	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
88	Amantadini hydrochloridum	Viregyt-K, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990320912	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	169.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - amantadyna	13,80	14,90	21,10	21,10	Choroba i zespół Parkinsona	dyskineza późna u osób dorosłych - leczenie	30%	6,33
89	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid, tabl., 5+50 mg	50 tabl.	05909990206025	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	6,00	6,48	10,74	10,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; <2>moczówka nerkopochodna	30%	3,22
90	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid mite, tabl., 2,5+25 mg	50 tabl.	05909990373819	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,50	5,94	8,51	6,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; <2>moczówka nerkopochodna	30%	3,80
91	Amiodaroni hydrochloridum	Opacorden, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990086818	2022-01-01	3 lata	31.0, Leki przeciwarytmiczne klasy III - amiodaron	22,13	23,90	32,49	32,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40
92	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991412876	2023-11-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	21,60	23,33	31,80	29,92	Schizofrenia		ryczałt	5,08
93	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991412883	2023-11-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	43,20	46,66	59,75	59,75	Schizofrenia		ryczałt	3,20
94	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991412906	2023-11-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	86,40	93,31	113,21	113,21	Schizofrenia		ryczałt	3,20
95	Amisulpridum	Amisan, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990762965	2022-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	40,75	44,01	56,96	56,96	Schizofrenia		ryczałt	3,20
96	Amisulpridum	Amisan, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990762996	2022-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	86,60	93,53	113,44	113,44	Schizofrenia		ryczałt	3,20
97	Amisulpridum	Amisan , tabl., 200 mg	60 szt.	05909990762972	2021-09-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	86,70	93,64	113,55	113,55	Schizofrenia		ryczałt	3,20
98	Amisulpridum	Amisan , tabl., 50 mg	60 szt.	05909990762880	2022-03-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	21,90	23,65	32,14	29,92	Schizofrenia		ryczałt	5,42
99	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991348557	2022-09-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	43,27	46,73	59,84	59,84	Schizofrenia		ryczałt	3,20
100	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991348649	2022-09-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	86,54	93,46	113,37	113,37	Schizofrenia		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
101	Amisulpridum	Solian, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990840816	2022-03-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	22,00	23,76	32,26	29,92	Schizofrenia		ryczałt	5,54
102	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990840915	2022-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	43,95	47,47	60,62	59,84	Schizofrenia		ryczałt	3,98
103	Amisulpridum	Solian, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991466114	2022-03-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	83,90	90,61	110,34	110,34	Schizofrenia		ryczałt	3,20
104	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991471248	2022-09-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	83,90	90,61	110,34	110,34	Schizofrenia		ryczałt	3,20
105	Amisulpridum	Solian, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991452261	2021-11-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	84,00	90,72	110,46	110,46	Schizofrenia		ryczałt	3,20
106	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990841011	2022-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	87,90	94,93	114,92	114,92	Schizofrenia		ryczałt	3,20
107	Amisulpridum	Symamis, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991410773	2023-03-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	43,20	46,66	59,75	59,75	Schizofrenia		ryczałt	3,20
108	Amisulpridum	Symamis, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991410803	2023-03-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	86,40	93,31	113,21	113,21	Schizofrenia		ryczałt	3,20
109	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991322885	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,50	5,94	11,02	11,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,31
110	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991322816	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	2,80	3,02	6,15	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,85
111	Amlodipinum	Adipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990642267	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,90	8,53	13,61	13,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,08
112	Amlodipinum	Adipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990642311	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,70	5,08	8,21	8,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,46

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
113	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991099022	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,04	9,76	14,89	14,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,47
114	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991436636	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2021-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	15,20	16,42	24,58	24,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	7,37
115	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991067540	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	15,60	16,85	25,04	25,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	7,51
116	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991098926	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,54	4,90	8,03	8,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,41
117	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991436759	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2021-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,60	8,21	13,29	13,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,99
118	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067533	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,80	8,42	13,50	13,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,05
119	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,90	10,69	15,87	15,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,76
120	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,10	5,51	8,64	8,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,59

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
121	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991068073	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,90	10,69	15,87	15,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,76
122	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991068097	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	18,48	19,96	28,34	28,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	8,50
123	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991067977	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,95	5,35	8,48	8,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,54
124	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067991	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,24	9,98	15,11	15,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,53
125	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990800551	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,14	6,63	11,71	11,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,51
126	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990800469	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,45	3,73	6,86	6,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,06
127	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990842698	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,40	6,91	11,99	11,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,60
128	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990842476	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,60	3,89	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
129	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991361020	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2021-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,69	6,15	11,02	11,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,31
130	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991478148	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,85	9,56	14,67	14,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,40
131	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511449	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,85	9,56	14,67	14,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,40
132	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991464462	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,90	9,61	14,72	14,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,42
133	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990048977	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,35	12,26	17,53	17,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	5,41
134	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991361013	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2021-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,77	4,07	7,05	7,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,12
135	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990048939	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,65	6,10	9,23	8,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,17
136	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	13,73	14,83	20,25	17,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	8,13

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
137	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,78	10,56	13,79	8,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	7,73
138	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990907519	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,00	9,72	14,84	14,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,45
139	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 2.5 mg	30 szt.	05909990907311	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,80	4,10	6,11	4,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,08
140	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990907410	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,50	4,86	7,99	7,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,40
141	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990993116	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,86	8,49	13,57	13,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,07
142	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990993017	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,90	4,21	7,34	7,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,20
143	Amlodipinum	Tenox, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990963119	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,90	10,69	15,87	15,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,76
144	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990963010	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,95	5,35	8,48	8,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,54

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
145	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	90 szt.	05909990421824	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	14,85	16,04	23,14	23,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,94
146	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991042912	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,70	10,48	15,64	15,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,69
147	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990621217	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,75	5,13	8,26	8,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,48
148	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powl., 10+160 mg	28 szt.	05909991342920	2023-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,50	17,82	24,25	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,27
149	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powl., 5+160 mg	28 szt.	05909991342838	2023-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,50	17,82	24,25	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,27
150	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powl., 5+80 mg	28 szt.	05909991342746	2023-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,50	8,10	11,80	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,31
151	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 10+160 mg	28 szt.	05907626708288	2023-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,50	17,82	24,25	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,27
152	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 10+160 mg	56 szt.	05907626709384	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,00	34,56	44,79	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,83

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
153	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+160 mg	28 szt.	05907626708257	2023-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,50	17,82	24,25	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,27
154	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+160 mg	56 szt.	05907626709377	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,00	34,56	44,79	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,83
155	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+80 mg	28 szt.	05907626708226	2023-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,25	8,91	12,61	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,12
156	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+80 mg	56 szt.	05907626709360	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,00	17,28	23,68	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,70
157	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powl., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	05907626709339	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	2 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,01	15,13	21,40	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,42
158	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powl., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	07613421033347	2023-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	2 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,01	15,13	21,40	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,42
159	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powl., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	07613421033330	2023-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	2 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,01	15,13	21,40	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,42
160	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powl., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708610	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	2 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,44	19,92	26,47	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,49

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
161	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powl., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	03838989708634	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	2 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,44	19,92	26,47	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,49
162	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powl., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708627	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	2 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,44	19,92	26,47	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,49
163	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt.	05909990691319	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	16,00	17,28	23,65	21,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,85
164	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089153	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	17,40	18,79	26,25	26,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
165	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990691517	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,67	10,44	14,21	10,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	6,91
166	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	20 szt.	05909991089108	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,86	11,73	16,27	13,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	6,34
167	Amoxicillinum	Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991298258	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	26,87	29,02	38,50	38,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
168	Amoxicillinum	Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	60 ml	05909990794379	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	17,64	19,05	25,94	23,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
169	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089146	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	17,40	18,79	26,25	26,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
170	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 500 mg	20 szt.	05909991089122	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,86	11,73	16,27	13,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	6,34
171	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 750 mg	20 szt.	05909991089139	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	12,76	13,78	19,69	19,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
172	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 1 g	16 szt.	05909991043728	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	16,00	17,28	23,65	21,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,85
173	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 500 mg	16 szt.	05909991043520	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,67	10,44	14,21	10,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	6,91
174	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 750 mg	16 szt.	05909991043629	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,72	11,58	16,61	15,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	4,06
175	Amoxicillinum	Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 1000 mg	16 szt.	05909991373139	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,26	10,00	15,94	15,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
176	Amoxicillinum	Hiconcil, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	100 ml	05909990083619	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	8,00	8,64	14,19	14,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - 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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
177	Amoxicillinum	Hiconcil, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990066117	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	5,30	5,72	9,40	9,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
178	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powl., 1000 mg	16 szt.	05909990293322	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,30	11,12	17,12	17,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
179	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909990293124	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	4,88	5,27	8,95	8,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
180	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but. 60 ml	05907626702361	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	15,34	16,57	23,30	23,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
181	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990781874	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	23,36	25,23	34,48	34,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
182	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powl., 750 mg	16 szt.	05909990293223	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	7,15	7,72	12,60	12,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
183	Amoxicillinum	Ospamox 1000 mg, tabl. powl., 1000 mg	20 szt.	05909990778041	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	12,88	13,91	21,07	21,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
184	Amoxicillinum	Ospamox 500 mg, tabl. powl., 500 mg	20 szt.	05909990788453	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	6,00	6,48	10,86	10,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - 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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
185	Amoxicillinum	Ospamox 750 mg, tabl. powl., 750 mg	20 szt.	05909990788477	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,00	9,72	15,38	15,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
186	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (35 g)	05909990894833	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	24,76	26,74	35,34	31,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	19,82
187	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	35 ml (8,75 g)	05909990894819	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	8,75	9,45	12,49	7,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,61
188	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (17,5 g)	05909990894826	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	16,51	17,83	23,29	15,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	15,53
189	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990081912	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	12,17	13,14	18,71	17,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	10,14
190	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991250324	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,39	18,78	26,86	26,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,43
191	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991243319	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,90	19,33	27,45	27,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,73
192	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990411115	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	21,30	23,00	31,35	29,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,36

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
193	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991449544	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	25,70	27,76	37,92	37,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	18,96
194	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991012960	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	30,00	32,40	42,84	42,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	21,42
195	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	07613421046941	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	16,20	17,50	23,14	16,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,82
196	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	07613421046934	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	25,80	27,86	36,79	33,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	20,16
197	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 1000 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 875+125 mg	14 szt.	05909990649747	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	22,10	23,87	32,63	32,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,32
198	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 625 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 500+125 mg	14 szt.	05909990646906	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	14,58	15,75	21,83	19,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,13
199	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909991284220	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	16,35	16,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,18
200	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991284237	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	15,95	17,23	25,22	25,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,61

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
201	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (but.)	05909991343262	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2021-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	22,68	24,49	32,95	31,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,43
202	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (but.)	05909991343255	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2021-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	11,34	12,25	17,37	15,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	9,61
203	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05903060615922	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	12,02	12,98	18,54	17,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	9,97
204	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 875+125 mg	14 sasz.	05903060615908	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2021-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	22,10	23,87	32,63	32,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,32
205	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05903060615953	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	21,00	22,68	31,00	29,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,01
206	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH Extra, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05909991343279	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	22,73	24,55	33,27	33,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,64
207	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 250+125 mg	21 szt.	05909990064120	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	9,12	9,85	14,37	12,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,95
208	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909997199702	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	11,85	12,80	18,34	17,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
209	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990368235	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	12,03	12,99	18,55	17,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	9,98
210	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909997198385	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,35	20,90	29,11	29,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,56
211	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909997230542	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,40	20,95	29,16	29,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,58
212	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909997217345	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,45	21,01	29,23	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,62
213	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991248949	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2021-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	22,13	23,90	32,30	29,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,31
214	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991209483	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	22,15	23,92	32,32	29,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,33
215	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990717521	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	22,20	23,98	32,37	29,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,38
216	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991093990	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	26,84	28,99	39,23	39,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	19,62

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
217	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05909990614318	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	27,95	30,19	39,25	33,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	22,62
218	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	50 ml	05909990614288	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	17,34	18,73	24,45	16,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,13
219	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990744848	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,75	19,17	27,29	27,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,65
220	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (14 g)	05909991233846	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	9,05	9,77	14,75	14,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,38
221	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909991233525	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	11,00	11,88	17,37	17,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,80
222	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991233624	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,25	20,79	29,00	29,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,50
223	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991441517	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2021-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,75	19,17	27,29	27,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,65
224	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991444440	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2021-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	24,75	26,73	36,84	36,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	18,42

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
225	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Polamoklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991392772	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	21,00	22,68	31,00	29,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,01
226	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991474027	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	18,50	19,98	28,14	28,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,07
227	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991042073	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	18,80	20,30	28,48	28,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,24
228	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05909991474034	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	27,75	29,97	40,53	40,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	20,27
229	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05909991042080	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	28,20	30,46	41,04	41,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	20,52
230	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990793587	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	28,47	30,75	39,58	31,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	24,06
231	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990793600	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	18,99	20,51	26,13	15,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	18,37
232	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml	05909990793594	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	10,06	10,86	13,98	7,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	10,10

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
233	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990430628	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	16,77	18,11	23,98	17,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	15,41
234	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg	21 szt.	05909990430611	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	24,26	26,20	34,22	25,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	21,37
235	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991087715	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	28,90	31,21	40,04	29,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	25,05
236	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	38,44	41,52	52,77	44,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	30,28
237	Amoxicillinum trihydricum + Kalii clavulonas	Amoxicillin + Clavulanic Acid Aurovitas, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991395759	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	15,95	17,23	25,22	25,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,61
238	Anastrozolum	Anastrozol Bluefish, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990802432	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	37,25	40,23	52,36	52,36	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
239	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990082162	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	43,50	46,98	59,51	52,94	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	6,57
240	Anastrozolum	Apo-Nastrol, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990802050	<1>2022-05-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	44,78	48,36	60,98	52,94	<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	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
241	Anastrozolum	Arimidex, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990756711	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	47,80	51,62	64,43	52,94	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	11,49
242	Anastrozolum	Atrozol, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909991090029	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,79	44,05	56,41	52,94	<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	3,47
243	Anastrozolum	Egistrozol, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990082148	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	44,80	48,38	61,00	52,94	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	8,06
244	Anastrozolum	Egistrozol, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909991453695	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	36,60	39,53	51,92	51,92	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
245	Anastrozolum	Egistrozol, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909991464288	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	37,46	40,46	52,91	52,91	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
246	Apixabanum	Eliquis, tabl. powl., 2.5 mg	20 szt.	05909990861040	<1>2021-05-01/<2>2023-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	63,39	68,46	80,38	34,36	<1>Żylne powikłania zakrzepowo-zatorowe 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%	56,33
247	Apixabanum	Eliquis, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991019396	2023-05-01	2 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	225,00	243,00	275,11	192,42	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej		30%	140,42

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
248	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	80,91	80,91	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2, doksorubicyny i cyklofosfamidu – profilaktyka		ryczałt	3,20
249	Aprepitantum	Aprepitant Mylan, 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	80,91	80,91	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2, doksorubicyny i cyklofosfamidu – profilaktyka		ryczałt	3,20
250	Aprepitantum	Aprepitant Sandoz, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991360818	2022-11-01	3 lata	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	85,00	91,80	109,53	80,91	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2, doksorubicyny i cyklofosfamidu – profilaktyka		ryczałt	31,82
251	Aprepitantum	Aprepitant Stada, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991412715	2021-05-01	3 lata	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	55,00	59,40	75,18	75,18	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2, doksorubicyny i cyklofosfamidu – profilaktyka		ryczałt	3,20
252	Aprepitantum	Emend, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909990007387	2019-01-01	5 lat	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	60,00	64,80	80,91	80,91	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2, doksorubicyny i cyklofosfamidu – profilaktyka		ryczałt	3,20
253	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 10 mg	56 szt.	05038256002573	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	103,89	112,20	134,39	134,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	4,26
254	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05901878600888	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	62,98	68,02	86,03	86,03	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
255	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05903792743528	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	63,00	68,04	86,05	86,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
256	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05909990002306	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	80,02	86,42	105,54	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	8,16
257	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05901878600895	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	125,96	136,04	162,19	162,19	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97
258	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05903792743535	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	126,00	136,08	162,23	162,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97
259	Aripiprazolum	Abilify, tabletki, 15 mg	56 szt.	05909990002337	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	160,00	172,80	201,16	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97
260	Aripiprazolum	Abilify, tabletki, 30 mg	56 szt.	05909990002382	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	320,11	345,72	389,49	389,49	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	11,95
261	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	935,21	935,21	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia arypiprazolem w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
262	Aripiprazolum	Apiprax, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991279691	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	71,00	76,68	95,21	95,21	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
263	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	28 szt.	05906414001068	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	57,00	61,56	76,71	67,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	12,86
264	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	56 szt.	05906414001730	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	114,00	123,12	145,97	134,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	15,84
265	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	84 szt.	05906414001747	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	170,15	183,76	212,78	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	17,59
266	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	28 szt.	05906414001075	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	83,80	90,50	109,87	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	12,49
267	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	56 szt.	05906414001754	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	160,06	172,86	201,22	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,03
268	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	84 szt.	05906414001761	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	253,50	273,78	310,72	301,74	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	17,94
269	Aripiprazolum	Apra, tabl., 30 mg	28 szt.	05906414001082	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	162,76	175,78	204,32	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	9,13
270	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05906414001020	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	57,00	61,56	76,71	67,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	12,86

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
271	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05906414001648	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	114,00	123,12	145,97	134,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	15,84
272	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414001655	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	170,15	183,76	212,78	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	17,59
273	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05906414001037	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	83,80	90,50	109,87	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	12,49
274	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05906414001662	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	160,06	172,86	201,22	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,03
275	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414001679	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	253,50	273,78	310,72	301,74	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	17,94
276	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 30 mg	28 szt.	05906414001044	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	162,76	175,78	204,32	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	9,13
277	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 10 mg	56 szt.	05907529463284	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	103,89	112,20	134,39	134,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	4,26
278	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	28 szt.	05907529463314	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	76,04	82,12	100,98	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,60

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
279	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	56 szt.	05907529463338	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	160,06	172,86	201,22	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,03
280	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 30 mg	56 szt.	05907529463383	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	331,13	357,62	402,10	402,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	11,95
281	Aripiprazolum	Aribit ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991251475	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	76,04	82,12	100,98	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,60
282	Aripiprazolum	Aricogan, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991265526	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	72,50	78,30	96,93	96,93	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
283	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991232733	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	50,50	54,54	69,27	67,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,42
284	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991232832	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	80,50	86,94	106,09	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	8,71
285	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	30 szt.	05909991232849	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	86,40	93,31	113,17	107,76	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	8,61
286	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991232856	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	160,06	172,86	201,22	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
287	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	60 szt.	05909991232863	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	145,00	156,60	184,35	184,35	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,40
288	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	90 szt.	05909991232887	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	263,92	285,03	323,19	323,19	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	9,60
289	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991232931	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	160,06	172,86	201,22	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,03
290	Aripiprazolum	Aripiprazole +pharma, tabl., 15 mg	30 szt.	05901720140241	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	89,00	96,12	116,15	107,76	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	11,59
291	Aripiprazolum	Aripiprazole Aurovitas, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991339951	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	92,74	100,16	120,09	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	22,71
292	Aripiprazolum	Aripiprazole Aurovitas, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt. (w blistrach perforowanych)	05909991270223	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	92,74	100,16	120,09	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	22,71
293	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991263850	2021-03-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	64,40	69,55	87,65	87,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
294	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg	28 szt.	05907626705690	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	64,00	69,12	84,73	67,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	20,88

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
295	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg	56 szt.	05907626705713	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	129,00	139,32	163,14	134,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	33,01
296	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg	28 szt.	05907626705836	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	97,75	105,57	125,84	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	28,46
297	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg	56 szt.	05907626705850	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	196,75	212,49	243,23	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	48,04
298	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991404659	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2023-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	48,90	52,81	67,44	67,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,59
299	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991404666	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2023-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	97,80	105,62	127,42	127,42	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,98
300	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991404673	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2023-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	73,36	79,23	97,91	97,91	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
301	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991404680	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2023-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	146,72	158,46	185,95	185,95	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97
302	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991404710	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2023-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	146,72	158,46	185,95	185,95	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
303	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991404727	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2023-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	293,44	316,92	358,95	358,95	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	11,95
304	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991404635	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2023-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	24,45	26,41	35,92	33,53	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,59
305	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991404642	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2023-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	48,90	52,81	67,44	67,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,59
306	Aripiprazolum	Arypiprazol Glenmark, tabl., 15 mg	28 szt.	05902020241447	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	73,36	79,23	97,91	97,91	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
307	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991205225	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	63,30	68,36	83,93	67,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	20,08
308	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991205256	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	126,59	136,72	160,39	134,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	30,26
309	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991205324	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	94,94	102,54	122,62	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	25,24
310	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991205355	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	189,89	205,08	235,37	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	40,18

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
311	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991205423	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	178,00	192,24	221,76	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	26,57
312	Aripiprazolum	Asduter, tabletki, 10 mg	28 szt.	05909991229696	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	51,94	56,10	70,92	67,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	7,07
313	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229733	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	76,04	82,12	100,98	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,60
314	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991236946	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	80,60	87,05	106,21	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	8,83
315	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991236953	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	160,06	172,86	201,22	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,03
316	Atomoxetinum	Atofab, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	09008732012224	2022-11-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	48,49	52,37	67,04	67,04	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
317	Atomoxetinum	Atofab, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	09008732012231	2022-11-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	77,60	83,81	103,14	103,14	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
318	Atomoxetinum	Atomoksetyna Medice, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991412173	2023-11-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	48,50	52,38	67,05	67,05	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
319	Atomoxetinum	Atomoksetyna Medice, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991412241	2023-11-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	77,56	83,76	103,09	103,09	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
320	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991393380	2021-05-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	21,60	23,33	31,79	30,17	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	4,82
321	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991393601	2021-05-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	38,88	41,99	54,31	54,31	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
322	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991393496	2022-09-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	55,12	59,53	74,63	74,63	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 detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
323	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991393717	2022-09-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	88,48	95,56	115,59	115,59	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
324	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 40 mg	30 szt.	05909991508241	2023-09-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	80,00	86,40	106,23	106,23	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
325	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991390938	2023-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	21,88	23,63	32,11	30,17	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	5,14
326	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991390952	2023-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	39,38	42,53	54,88	54,31	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	3,77
327	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991390976	2023-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	54,69	59,07	74,14	74,14	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
328	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991390990	2023-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	87,50	94,50	114,47	114,47	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
329	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991124618	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,90	7,45	9,49	4,46	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%	6,37
330	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907695215137	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,95	7,51	10,69	8,91	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%	4,45
331	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05907695215359	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,70	10,48	14,89	13,37	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%	5,53
332	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991124717	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,80	11,66	15,01	8,91	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%	8,77

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
333	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05907695215144	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,25	13,23	18,65	17,83	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%	6,17
334	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05907695215366	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,30	19,76	27,21	26,74	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%	8,49
335	Atorvastatin	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991124816	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,70	23,44	29,46	17,83	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%	16,98
336	Atorvastatin	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05907695215151	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,36	25,23	34,02	34,02	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%	10,21
337	Atorvastatin	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05907695215373	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	36,20	39,10	50,68	50,68	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%	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
338	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990787586	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,05	7,61	9,65	4,46	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%	6,53
339	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990787609	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,20	14,26	17,75	8,91	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%	11,51
340	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990787647	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,95	25,87	32,04	17,83	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%	19,56
341	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990991815	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,96	7,52	9,56	4,46	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%	6,44
342	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990336647	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,84	22,51	27,65	13,37	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%	18,29

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
343	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990991914	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,67	10,44	13,71	8,91	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%	7,47
344	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909991013806	2021-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,50	19,98	25,80	17,83	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%	13,32
345	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990419173	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	29,00	31,32	39,46	26,74	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%	20,74
346	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909990885282	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,30	14,36	19,02	13,37	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%	9,66
347	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 30 mg	60 szt.	05909990885299	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	25,19	27,21	35,10	26,74	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%	16,38

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
348	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990623464	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,33	20,88	26,75	17,83	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%	14,27
349	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990623471	2021-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	37,00	39,96	49,64	35,66	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%	24,68
350	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990623488	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	55,49	59,93	72,77	53,49	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%	35,33
351	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909990885336	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	29,00	31,32	39,46	26,74	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%	20,74
352	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990885374	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	38,66	41,75	51,54	35,66	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%	26,58

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
353	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (butelka)	05909990938926	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,29	6,79	9,97	8,91	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%	3,73
354	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (butelka)	05909990938995	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,58	13,59	19,02	17,83	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%	6,54
355	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg	30 szt.	05909991321611	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,29	5,71	8,89	8,89	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%	2,67
356	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg	90 szt.	05909991321659	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,87	17,14	24,43	24,43	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%	7,33
357	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991321710	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,99	10,79	16,06	16,06	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%	4,82

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
358	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991382896	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,20	3,46	5,50	4,46	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%	2,38
359	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991382902	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,95	6,43	9,61	8,91	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%	3,37
360	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	07311920002252	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,32	15,47	22,65	22,65	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%	6,80
361	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991382919	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,20	9,94	14,32	13,37	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%	4,96
362	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991382926	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,95	12,91	18,30	17,83	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%	5,82

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
363	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	07311920002276	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,09	20,62	29,14	29,14	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%	8,74
364	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	07311920002269	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	28,64	30,93	42,03	42,03	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%	12,61
365	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991382933	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,32	15,47	22,65	22,65	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%	6,80
366	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991382940	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,09	20,62	29,14	29,14	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%	8,74
367	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990900053	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,00	3,24	5,28	4,46	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%	2,16

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
368	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990899920	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,20	6,70	9,88	8,91	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%	3,64
369	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990899951	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,07	11,96	17,29	17,29	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%	5,19
370	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990899975	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,60	17,93	25,27	25,27	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%	7,58
371	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990900275	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,40	13,39	18,81	17,83	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%	6,33
372	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990900305	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,13	23,90	32,62	32,62	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%	9,79

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
373	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990900336	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	33,20	35,86	47,25	47,25	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%	14,18
374	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990900459	2021-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,02	23,78	32,49	32,49	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%	9,75
375	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991501655	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,65	5,02	10,18	10,18	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%	3,05
376	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991501662	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,30	10,04	13,29	8,91	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%	7,05
377	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991444686	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,35	2,54	4,58	4,46	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%	1,46

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
378	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991444730	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,70	5,08	8,26	8,26	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%	2,48
379	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991444792	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,40	10,15	15,38	15,38	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
380	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991444853	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,80	20,30	28,80	28,80	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%	8,64
381	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990077847	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,19	7,77	9,81	4,46	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%	6,69
382	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990077939	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,39	15,54	19,11	8,91	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%	12,87

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
383	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990078028	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	28,79	31,09	37,58	17,83	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%	25,10
384	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991041298	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	26,17	28,26	37,24	35,66	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%	12,28
385	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990573400	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,50	7,02	9,06	4,46	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%	5,94
386	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990573530	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,00	11,88	15,23	8,91	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%	8,99
387	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991479992	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,81	9,51	14,50	14,50	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%	4,35

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
388	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990573547	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,40	22,03	27,97	17,83	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%	15,49
389	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991011383	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	29,75	32,13	41,34	35,66	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%	16,38
390	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990905508	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,70	5,08	7,12	4,46	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%	4,00
391	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990905539	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,30	6,80	9,98	8,91	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%	3,74
392	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990905553	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,35	10,10	14,49	13,37	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%	5,13

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
393	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990905638	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,86	8,49	11,67	8,91	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%	5,43
394	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990905652	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,48	13,48	18,91	17,83	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%	6,43
395	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990905676	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,35	19,82	27,27	26,74	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%	8,55
396	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990905782	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,74	17,00	22,63	17,83	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%	10,15
397	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990905805	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	24,16	26,09	34,94	34,94	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%	10,48

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
398	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990905867	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	35,50	38,34	49,88	49,88	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%	14,96
399	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991042097	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,70	4,00	6,04	4,46	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%	2,92
400	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991042103	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,40	7,99	11,17	8,91	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%	4,93
401	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991415976	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2021-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,10	7,67	12,00	12,00	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%	3,60
402	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991042134	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,80	15,98	21,57	17,83	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%	9,09

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
403	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991419042	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2021-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,20	15,34	22,51	22,51	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 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%	6,75
404	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991042141	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	29,00	31,32	40,48	35,66	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%	15,52
405	Atorvastatinum	Torvacard, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990957071	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	35,00	37,80	47,35	35,66	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%	22,39
406	Atorvastatinum	Torvacard 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990338290	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,25	6,75	8,79	4,46	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%	5,67
407	Atorvastatinum	Torvacard 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990338368	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,00	9,72	12,94	8,91	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%	6,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
408	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990338436	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,95	18,31	24,03	17,83	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%	11,55
409	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990338443	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	51,39	55,50	68,07	53,49	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%	30,63
410	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990998814	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,00	7,56	9,60	4,46	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%	6,48
411	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990998821	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,00	15,12	18,67	8,91	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%	12,43
412	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990998838	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,00	22,68	27,83	13,37	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%	18,47

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
413	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990998913	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,16	12,05	15,42	8,91	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%	9,18
414	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990998920	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,80	22,46	28,43	17,83	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%	15,95
415	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990998937	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,05	33,53	41,80	26,74	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%	23,08
416	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990810161	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,85	18,20	23,91	17,83	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%	11,43
417	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990810178	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	27,33	29,52	38,57	35,66	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%	13,61

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
418	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990810185	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	40,49	43,73	55,59	53,49	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
419	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990810208	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	39,75	42,93	52,79	35,66	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%	27,83
420	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991403911	2021-03-01 - dla kolumny 13, 2021-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,15	7,72	12,05	12,05	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%	3,62
421	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powl., 30 mg	60 szt.	05909991403935	2021-03-01 - dla kolumny 13, 2021-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,30	15,44	22,63	22,63	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 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%	6,79
422	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991403997	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2021-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,30	15,44	22,63	22,63	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 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%	6,79

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
423	Atropini sulfas	Atropinum sulfuricum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	5 ml	05909990243112	2022-01-01	3 lata	226.0, Leki antycholinergiczne do stosowania do oczu	14,36	15,51	20,88	16,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,27
424	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-05-01/<3>2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	12,60	13,61	19,21	16,68	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	5,73
425	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826	2022-01-01	3 lata	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	12,60	13,61	19,21	16,68	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,53
426	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-05-01/<3>2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	20,40	22,03	30,13	27,80	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	5,53
427	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819	2022-01-01	3 lata	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	20,40	22,03	30,13	27,80	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,33
428	Azathioprinum	Imuran, tabl. powl., 50 mg	100 szt.	05909990277810	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-05-01/<3>2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	39,90	43,09	55,59	55,59	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
429	Azathioprinum	Imuran, tabl. powl., 50 mg	100 szt.	05909990277810	2022-01-01	3 lata	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	39,90	43,09	55,59	55,59	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
430	Azithromycinum	Azibiot, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991054816	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,95	15,07	19,18	10,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
431	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909991034412	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,06	24,90	29,61	10,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	24,31
432	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991035518	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,57	14,66	18,74	10,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	13,44
433	Azithromycinum	Azithromycin Genoptim, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990969876	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,05	6,53	10,28	10,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	5,14
434	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635320	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,50	13,50	16,93	7,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	13,00
435	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635337	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	22,00	23,76	29,79	15,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	21,93
436	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990635344	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	31,60	34,13	42,40	23,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	30,61
437	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 37,5 ml	05907626702682	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	39,50	42,66	52,23	29,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	37,49
438	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909997214023	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	14,65	10,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	9,35

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
439	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909997223537	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,50	11,34	15,23	10,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	9,93
440	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909990573738	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,50	17,82	22,10	10,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	16,80
441	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909997214030	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	14,65	10,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	9,35
442	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909997223551	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,50	11,34	15,23	10,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	9,93
443	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990573752	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,00	15,12	19,24	10,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	13,94
444	Azithromycinum	Azitrox 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991087319	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,49	10,25	14,07	10,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	8,77
445	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	20 ml	05909990073566	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	15,42	16,65	22,26	15,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	14,40
446	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	30 ml	05909990073573	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	18,30	19,76	27,17	23,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	15,38

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
447	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909991098421	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,00	21,60	26,11	10,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	20,81
448	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991098520	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,80	12,74	16,72	10,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	11,42
449	Azithromycinum	Macromax, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990713608	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	14,65	10,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	9,35
450	Azithromycinum	Nobaxin, tabl. powl., 500 mg	2 szt. (w blistrze)	05909991108830	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,50	10,26	13,14	7,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	9,61
451	Azithromycinum	Sumamed, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742110	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,50	13,50	16,93	7,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	13,00
452	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powl., 125 mg	6 szt.	05909990846214	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,50	19,98	22,96	5,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	20,31
453	Azithromycinum	Sumamed, kaps. twarde, 250 mg	6 szt.	05909990742318	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,00	19,44	23,82	10,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	18,52
454	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990742417	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,00	19,44	23,82	10,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	18,52

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
455	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742219	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	22,00	23,76	29,79	15,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	21,93
456	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990742226	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	31,60	34,13	42,40	23,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	30,61
457	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909990058747	2023-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	109,50	118,26	140,98	140,98	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	4,80
458	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>2022-05-01	<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	307,90	307,90	<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%	92,37
459	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	89,09	89,09	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
460	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	08025153006800	2022-11-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	109,50	118,26	140,98	140,98	Astma		ryczałt	4,80

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
461	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	poj.po 180 daw.	05909990054152	2022-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	131,28	141,78	165,91	140,98	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	29,73
462	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909991245696	2023-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	131,28	141,78	165,91	140,98	Astma		ryczałt	29,73
463	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	1 inh.po 180 daw.	08025153003144	2023-09-01	2 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	131,28	141,78	165,91	140,98	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc		30%	67,22
464	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	2 inh.po 180 daw.	08025153003205	2023-09-01	2 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	262,56	283,56	320,41	281,96	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc		30%	123,04
465	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990118915	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,10	17,39	20,61	6,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	17,64
466	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990119011	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,00	24,84	30,28	13,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	24,34
467	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990118816	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,00	12,96	15,00	3,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	14,72
468	Benzathini phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	60 ml	05909990363216	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie farmaceutyczne	16,97	18,33	24,24	18,64	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	8,80
469	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 100 ml	05909991254995	2022-11-01	3 lata	248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone	18,20	19,66	27,37	27,37	Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
470	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 50 ml	05909991254988	2022-11-01	3 lata	248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone	11,95	12,91	17,69	13,92	Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	10,73
471	Betamethasoni dipropionas + Betamethasoni natrii phosphas	Diprophos, zawiesina do wstrzykiwań, 6,43+2,63 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990121625	2022-01-01	3 lata	81.1, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania pozajelitowego	50,00	54,00	68,31	68,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	34,16
472	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	27,84	27,84	Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	13,92
473	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2.5 mg/ml	10 ml	05909990186525	2022-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	17,97	19,41	23,60	11,02	Jaskra		30%	15,89
474	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2.5 mg/ml	5 ml	05909990186518	2022-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	9,03	9,75	12,03	5,51	Jaskra		30%	8,17
475	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991097066	2022-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,45	33,97	44,01	36,03	Jaskra		ryczałt	11,18
476	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991097073	2022-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	94,35	101,90	122,01	108,08	Jaskra		ryczałt	22,89
477	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991335663	2021-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,91	30,14	39,95	36,03	Jaskra		ryczałt	7,12
478	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991335670	2021-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	83,75	90,45	109,88	108,08	Jaskra		ryczałt	10,76
479	Bimatoprostum	Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990008469	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,88	30,11	39,91	36,03	Jaskra		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
480	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	1 butelka po 3 ml	05909991310769	2022-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,72	29,94	39,73	36,03	Jaskra		ryczałt	6,90
481	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0.3 mg/ml	3 butelki po 3 ml	05909991310776	2022-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	83,16	89,81	109,20	108,08	Jaskra		ryczałt	10,08
482	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991376772	2022-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,88	32,27	42,20	36,03	Jaskra		ryczałt	9,37
483	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991376789	2022-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	89,68	96,85	116,66	108,08	Jaskra		ryczałt	17,54
484	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	42,20	36,03	Jaskra		ryczałt	9,37
485	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	116,66	108,08	Jaskra		ryczałt	17,54
486	Bimatoprostum + Timololum	Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990574315	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,99	32,39	42,33	36,03	Jaskra		ryczałt	9,50
487	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909990193219	2022-01-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	8,95	9,67	14,16	14,16	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,25
488	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909991265762	2022-03-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	9,59	10,36	14,89	14,16	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,98

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
489	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909991447311	2021-09-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	9,69	10,47	15,00	14,16	Choroba i zespół Parkinsona		30%	5,09
490	Biperideni hydrochloridum	Akineton SR 4 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990884216	2022-07-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	11,35	12,26	17,41	16,99	Choroba i zespół Parkinsona		30%	5,52
491	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991066529	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,94	13,98	20,79	20,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
492	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991066420	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,47	6,99	11,11	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
493	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991197049	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	15,60	16,85	23,83	23,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
494	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991197056	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	23,40	25,27	34,29	34,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	9,60
495	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991197070	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,80	8,42	12,54	12,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
496	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991197063	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,70	12,64	18,20	18,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	4,80
497	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991152017	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,40	6,91	11,03	11,03	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
498	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991151911	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	3,20	3,46	5,97	5,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
499	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991015114	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,15	7,72	11,84	11,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
500	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991015015	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,35	4,70	7,21	6,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,91
501	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990633852	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,50	7,02	11,14	11,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
502	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990633869	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	13,74	14,84	21,69	21,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
503	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990633791	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	3,75	4,05	6,56	6,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,26
504	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990633807	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,87	7,42	11,54	11,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
505	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991097523	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,63	9,32	13,46	12,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,67

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
506	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991097554	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	17,25	18,63	25,72	25,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
507	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991097400	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,31	4,65	7,16	6,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,86
508	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991097448	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,63	9,32	13,46	12,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,67
509	Brimonidini tartras	Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml	05909990865024	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	17,56	18,96	26,47	26,47	Jaskra		ryczałt	3,20
510	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990874194	2022-11-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	20,50	22,14	29,84	26,49	Jaskra		ryczałt	6,55
511	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000900	2022-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	46,14	49,83	64,21	64,21	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
512	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991379483	2022-05-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	15,23	16,45	23,80	23,80	Jaskra		ryczałt	3,20
513	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991379490	2022-05-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	45,70	49,36	63,71	63,71	Jaskra		ryczałt	8,00
514	Brimonidini tartras	Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml (but.)	05909990974641	2023-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,00	22,68	30,41	26,49	Jaskra		ryczałt	7,12
515	Brimonidini tartras	Luxfen, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909990677733	2022-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	15,55	16,79	24,17	24,17	Jaskra		ryczałt	3,20
516	Brimonidini tartras + Timololum	Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990570546	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	22,07	23,84	31,63	26,49	Jaskra		ryczałt	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
517	Brinzolamidum	Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990869114	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	23,64	25,53	33,43	26,49	Jaskra		ryczałt	10,14
518	Brinzolamidum	Brinzolamide Genoptim, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991250386	2023-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	19,80	21,38	29,04	26,49	Jaskra		ryczałt	5,75
519	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991223571	2022-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,00	22,68	30,41	26,49	Jaskra		ryczałt	7,12
520	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991223588	2021-11-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	59,55	64,31	79,56	79,47	Jaskra		ryczałt	8,09
521	Brivaracetamum	Briviact, roztwór doustny, 10 mg/ml	300 ml	05909991272234	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	2 lata 4 miesiące - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	249.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam	317,59	343,00	386,53	386,53	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 Lennoxa-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych	ryczałt	3,20
522	Brivaracetamum	Briviact, tabl. powl., 50 mg	56 szt.	05909991272333	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	2 lata 4 miesiące - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	249.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam	296,42	320,13	361,63	361,63	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 Lennoxa-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
523	Bromocriptinum	Bromocorn, tabl., 2.5 mg	30 szt.	05909990211913	2022-01-01	3 lata	62.0, Leki ginekologiczne - inhibitory wydzielania prolaktyny - bromokryptyna	12,20	13,18	18,80	18,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
524	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	58,11	58,11	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
525	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	58,11	58,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
526	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 - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,69	65,55	81,76	81,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,37
527	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 - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,69	65,55	81,76	81,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,65
528	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629	<1>2022-11-01/<2>2021-07-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,39	52,26	66,26	66,11	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,35
529	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629	<1>2022-11-01/<2>2021-07-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,39	52,26	66,26	66,11	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,35
530	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650	<1>2022-11-01/<2>2021-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	42,50	45,90	58,80	58,11	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,89
531	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650	<1>2022-11-01/<2>2021-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	42,50	45,90	58,80	58,11	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,89

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
532	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698	<1>2022-11-01/<2>2021-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,60	65,45	81,66	81,59	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,27
533	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698	<1>2022-11-01/<2>2021-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,60	65,45	81,66	81,59	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,55
534	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337354	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	38,90	42,01	51,96	30,50	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	24,66
535	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337354	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	38,90	42,01	51,96	30,50	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	30,61
536	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337323	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	58,55	63,23	77,81	61,00	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,14
537	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337323	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	58,55	63,23	77,81	61,00	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	35,11
538	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337286	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	48,00	51,84	65,74	61,00	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,07
539	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337286	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	48,00	51,84	65,74	61,00	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	23,04
540	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793	2021-07-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	36,43	39,34	49,95	36,60	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	16,55

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
541	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2021-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	36,43	39,34	49,95	36,60	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	24,33
542	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991204082	2021-09-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	18,22	19,68	26,28	18,30	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	11,18
543	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991204082	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	18,22	19,68	26,28	18,30	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	13,47
544	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809	2021-07-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	71,12	76,81	93,30	73,20	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	26,50
545	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2021-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	71,12	76,81	93,30	73,20	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	42,06
546	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991203986	2021-09-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	36,43	39,34	49,95	36,60	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	16,55
547	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991203986	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	36,43	39,34	49,95	36,60	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	24,33
548	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335169	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	48,00	51,84	65,74	61,00	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,07
549	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335169	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	48,00	51,84	65,74	61,00	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	23,04

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
550	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335176	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	48,00	51,84	65,74	61,00	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,07
551	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335176	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	48,00	51,84	65,74	61,00	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	23,04
552	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522	2022-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	42,00	45,36	58,23	58,11	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,32
553	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522	2022-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	42,00	45,36	58,23	58,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,32
554	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539	2022-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	61,00	65,88	82,11	81,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,72
555	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539	2022-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	61,00	65,88	82,11	81,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	25,00
556	Budesonidum	CortimentMMX, tabl. o przedł. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966	<1>2023-01-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2021-09-01 - dla kolumny 14	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	11.1, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid - we wrzodziejącym i mikroskopowym zapaleniu jelita grubego	335,00	361,80	407,01	407,01	<1>Indukcja remisji u dorosłych pacjentów z łagodną do umiarkowanej, aktywną 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, aktywną postacią wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, gdzie leczenie preparatami 5-ASA jest niewystarczające; indukcja remisji u pacjentów pediatrycznych z łagodną do umiarkowanej, aktywną postacią choroby Leśniowskiego-Crohna z zajęciem jelita grubego, gdzie leczenie preparatami 5-ASA jest niewystarczające	ryczałt	3,20
557	Budesonidum	CortimentMMX, tabl. o przedł. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966	<1>2023-01-01/<2>2023-09-01	<1>3 lata/<2>2 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	407,01	407,01	<2>Indukcja remisji u pacjentów z aktywnym mikroskopowym zapaleniem jelita grubego		30%	122,10

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
558	Budesonidum	Entocort, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	100 szt.	05909990430314	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	11.0, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid	305,00	329,40	371,71	371,71	Choroba Leśniowskiego-Crohna	postać jelitowa choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi	ryczałt	3,56
559	Budesonidum	Jorveza, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	90 szt.	04032717994439	2023-03-01	2 lata	11.2, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid - w eozynofilowym zapaleniu przełyku	1523,33	1645,20	1796,54	1796,54	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 eozynofilii w dużym powiększeniu)		ryczałt	4,80
560	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg	60 szt.	05909990926213	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	16,58	17,91	24,41	18,30	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,31
561	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg	60 szt.	05909990926213	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	16,58	17,91	24,41	18,30	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	11,60
562	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg	60 szt.	05909990926312	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	29,90	32,29	42,47	36,60	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,07
563	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg	60 szt.	05909990926312	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	29,90	32,29	42,47	36,60	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	16,85
564	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925	2022-11-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,25	52,11	66,11	66,11	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
565	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925	2022-11-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,25	52,11	66,11	66,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
566	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696	2021-09-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,90	45,25	58,11	58,11	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
567	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696	2021-09-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,90	45,25	58,11	58,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
568	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733	2021-03-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,60	65,45	81,66	81,59	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,27
569	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733	2021-03-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,60	65,45	81,66	81,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,55
570	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445615	2022-03-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,35	52,22	66,22	66,11	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,31
571	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445615	2022-03-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,35	52,22	66,22	66,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,31
572	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445714	2022-03-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,90	45,25	58,11	58,11	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
573	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445714	2022-03-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,90	45,25	58,11	58,11	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
574	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099	2022-01-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	59,95	64,75	80,91	80,91	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
575	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099	2022-01-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	59,95	64,75	80,91	80,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,27
576	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991269784	2022-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	59,95	64,75	80,91	80,91	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
577	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991269784	2022-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	59,95	64,75	80,91	80,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,27
578	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445813	2022-03-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,55	65,39	81,59	81,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
579	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445813	2022-03-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,55	65,39	81,59	81,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,48
580	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	29,50	31,86	41,20	30,50	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,90
581	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	29,50	31,86	41,20	30,50	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	19,85
582	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	29,50	31,86	41,20	30,50	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,90

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
583	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	29,50	31,86	41,20	30,50	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	19,85
584	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 dawek	07613421020866	2023-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	44,00	47,52	59,90	46,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	16,11
585	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	109,69	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	18,90
586	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	07613421047047	2022-05-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,00	91,80	110,84	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,05
587	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458	2022-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	99,95	107,95	127,96	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	37,17
588	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625	2022-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	87,12	94,09	113,27	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,48
589	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg	1 inhalator (120 dawek)	05909991136932	2023-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	94,05	101,57	121,20	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	30,41
590	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg	1 inhalator (60 dawek)	05909991136963	2023-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,23	92,05	111,10	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,31
591	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil 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	57,60	46,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,81

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
592	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil 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	109,68	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	18,89
593	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil 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	110,83	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,04
594	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	128,03	93,99	Przewlekła obturacyjna choroba płuc		30%	62,24
595	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074	2021-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	100,02	108,02	128,03	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	37,24
596	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241	2022-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	99,50	107,46	127,44	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	36,65
597	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886	2022-01-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	57,05	61,61	75,20	53,96	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	24,44
598	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.2 mg	60 szt. - blister	05909991235635	2022-11-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego	28,84	31,15	41,32	41,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,40
599	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.2 mg	60 szt. - blister	05909991235635	2022-11-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego	28,84	31,15	41,32	41,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
600	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.4 mg	30 szt. - blister	05909991235642	2022-11-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego	28,84	31,15	41,32	41,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,40
601	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0.4 mg	30 szt. - blister	05909991235642	2022-11-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podjęzykowego	28,84	31,15	41,32	41,32	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
602	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056	2021-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	40,80	44,06	56,73	54,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,00
603	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056	2021-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	40,80	44,06	56,73	54,93	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,80
604	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087	2021-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	61,19	66,09	82,40	82,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
605	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087	2021-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	61,19	66,09	82,40	82,40	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
606	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131	2021-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	81,60	88,13	107,44	107,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
607	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131	2021-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	81,60	88,13	107,44	107,44	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
608	Buprenorphinum	Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966127	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	40,95	44,23	56,90	54,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,17
609	Buprenorphinum	Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966127	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	40,95	44,23	56,90	54,93	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,97
610	Buprenorphinum	Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966226	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	61,42	66,33	82,67	82,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,47
611	Buprenorphinum	Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966226	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	61,42	66,33	82,67	82,40	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,27
612	Buprenorphinum	Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966325	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	81,90	88,45	107,77	107,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
613	Buprenorphinum	Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966325	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	81,90	88,45	107,77	107,77	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
614	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909997213538	2022-07-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron	18,45	19,93	27,64	27,64	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,29
615	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909997201450	2022-03-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron	18,48	19,96	27,68	27,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,30

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
616	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990073603	2022-01-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron	25,00	27,00	35,14	27,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	15,76
617	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990073597	2022-01-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron	14,00	15,12	20,02	13,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,33
618	Busulfanum	Myleran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990277919	2022-11-01	3 lata	236.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - busulfan	170,00	183,60	212,92	212,92	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
619	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05901549565249	2022-01-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	37,68	40,69	52,80	52,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,84
620	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05901549565256	2022-01-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	75,37	81,40	99,94	99,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	29,98
621	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05909990948376	2021-09-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	50,25	54,27	67,19	52,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	30,23
622	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909990948383	2021-09-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	100,50	108,54	128,71	105,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	54,79
623	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	05909990979738	2021-09-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	44,91	48,50	61,07	52,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,11
624	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	03830070472080	2022-05-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	37,45	40,45	52,54	52,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,76
625	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	03830070472097	2022-05-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	74,90	80,89	99,40	99,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	29,82
626	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	167,50	105,60	Leczenie miejscowe łuszczycy zwyczajnej u dorosłych		30%	93,58
627	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909991441029	2022-01-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	75,37	81,40	99,94	99,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	29,98

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
628	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	113,83	105,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	39,91
629	Calcitriolum	Detriol, kaps. miękkie, 0.25 µg	90 szt.	05907464420816	2023-07-01	2 lata	18.4, Witamina D i jej metabolity - kalcytriol	36,00	38,88	50,68	47,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,12
630	Calcitriolum	Detriol, kaps. miękkie, 0.5 µg	90 szt.	05907464420823	2023-07-01	2 lata	18.4, Witamina D i jej metabolity - kalcytriol	72,00	77,76	95,90	95,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	28,77
631	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991433109	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2021-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,00	15,12	21,39	21,39	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%	6,42
632	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991466602	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,70	29,92	39,87	39,87	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%	11,96
633	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991499655	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,00	31,32	41,71	41,71	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
634	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991474119	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,67	32,04	42,48	42,48	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%	12,74
635	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991470005	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,67	32,04	42,48	42,48	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%	12,74
636	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991453398	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,99	32,39	42,84	42,84	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%	12,85

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
637	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991454883	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,95	15,07	21,33	21,33	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%	6,40
638	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991453329	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,98	15,10	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
639	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991455057	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,98	15,10	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
640	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990937172	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,00	19,44	25,97	21,40	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%	10,99
641	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991496456	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,50	15,66	22,25	22,25	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%	6,68
642	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991454890	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,90	30,13	40,10	40,10	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
643	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991453336	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,96	30,20	40,17	40,17	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%	12,05
644	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991455064	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,96	30,20	40,17	40,17	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%	12,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
645	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990937196	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	36,00	38,88	49,37	42,80	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%	19,41
646	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991496463	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,00	31,32	41,71	41,71	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
647	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991454777	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,90	30,13	40,10	40,10	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
648	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991453367	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,96	30,20	40,17	40,17	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%	12,05
649	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991455118	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,96	30,20	40,17	40,17	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%	12,05
650	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990937264	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	36,00	38,88	49,37	42,80	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%	19,41
651	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991448912	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,90	32,29	42,74	42,74	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%	12,82
652	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabletki, 32 mg	30 szt.	05909991438876	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2021-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,42	32,85	43,34	43,34	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%	13,00

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
653	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990937080	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	13,46	10,70	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%	5,97
654	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990937103	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,00	19,44	25,97	21,40	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%	10,99
655	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990962945	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,60	19,01	25,51	21,40	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%	10,53
656	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990962839	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,80	9,50	13,24	10,70	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%	5,75
657	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990772193	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,00	21,60	28,26	21,40	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%	13,28
658	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991475680	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,80	15,98	22,60	22,60	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%	6,78
659	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991475925	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,83	16,02	22,63	22,63	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%	6,79
660	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991475697	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,60	31,97	42,40	42,40	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%	12,72

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
661	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991475932	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,67	32,04	42,48	42,48	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%	12,74
662	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475758	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,50	31,86	42,28	42,28	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
663	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475505	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,50	31,86	42,28	42,28	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
664	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990772162	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,00	10,80	14,61	10,70	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%	7,12
665	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	30 szt.	05909991475666	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,40	7,99	11,89	11,46	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%	3,87
666	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	30 szt.	05909991475482	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,41	8,00	11,90	11,46	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%	3,88
667	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	60 szt.	05909991475673	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,75	15,93	22,54	22,54	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%	6,76
668	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	60 szt.	05909991475499	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,83	16,02	22,63	22,63	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%	6,79

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
669	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990801350	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,70	21,28	27,91	21,40	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
670	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990801367	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,85	10,64	14,44	10,70	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%	6,95
671	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	03838989720544	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,80	18,14	24,59	21,40	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%	9,61
672	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991367732	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,80	18,14	24,59	21,40	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%	9,61
673	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991367510	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,40	9,07	12,77	10,70	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%	5,28
674	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	30 szt.	05906414002140	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,35	26,30	33,52	22,93	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%	17,47
675	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	90 szt.	05906414002171	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	73,00	78,84	94,08	68,79	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%	45,93
676	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	30 szt.	05906414002089	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,35	26,30	33,52	22,93	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%	17,47

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
677	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	90 szt.	05906414002119	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	73,00	78,84	94,08	68,79	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%	45,93
678	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	30 szt.	05906414002027	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,18	13,15	17,30	11,46	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%	9,28
679	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	90 szt.	05906414002058	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	36,50	39,42	49,01	34,39	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%	24,94
680	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	30 szt.	05906414001969	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,18	13,15	17,30	11,46	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%	9,28
681	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	90 szt.	05906414001990	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	36,50	39,42	49,01	34,39	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%	24,94
682	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	05909991191832	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,62	16,87	23,24	21,40	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%	8,26
683	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991418076	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,62	16,87	23,24	21,40	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%	8,26
684	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991191764	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,81	8,43	12,13	10,70	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%	4,64

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
685	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	30 szt.	05909991450014	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,70	16,96	23,62	22,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,57
686	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991421649	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,65	15,82	22,13	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,15
687	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990957255	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,70	20,20	26,77	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,79
688	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909991421656	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,30	31,64	41,70	41,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,51
689	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990957279	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	36,00	38,88	49,37	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	19,41
690	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990957170	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,35	10,10	13,86	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,37
691	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990957194	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,00	19,44	25,97	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,99
692	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991455361	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,65	15,82	22,13	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
693	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991432300	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,80	17,06	23,45	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,47
694	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909991455378	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,30	31,64	41,70	41,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,51
695	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991464011	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,34	29,53	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
696	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991432324	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,60	34,13	44,34	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,38
697	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	30 szt.	05909991436667	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,30	31,64	42,05	42,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,62
698	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991463908	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,34	29,53	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
699	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991434977	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,30	31,64	42,05	42,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,62
700	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991428112	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,60	37,37	48,12	45,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,02

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
701	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990739653	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,00	19,44	25,97	21,40	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%	10,99
702	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990739707	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,41	33,92	44,11	42,80	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%	14,15
703	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990739592	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	13,46	10,70	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%	5,97
704	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	56 tabl.	05909990772209	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,80	40,82	51,44	42,80	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%	21,48
705	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 32 mg	28 tabl.	05909990772230	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,80	40,82	51,44	42,80	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%	21,48
706	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	56 tabl.	05909990772179	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,90	20,41	26,99	21,40	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%	12,01
707	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990800629	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,72	20,22	26,79	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,81
708	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991063702	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,50	38,34	48,80	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,84

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
709	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991064051	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,50	38,34	48,80	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,84
710	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990800360	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	13,46	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,97
711	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991415907	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,90	17,17	23,56	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,58
712	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabletki, 32+12,5 mg	28 szt.	05909991057596	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,42	38,25	48,71	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,75
713	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabletki, 32+25 mg	28 szt.	05909991058609	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,42	38,25	48,71	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,75
714	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990865178	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,99	21,59	28,25	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,27
715	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990865185	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,20	42,34	53,03	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	23,07
716	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	84 szt.	05909991136840	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	56,00	60,48	74,27	64,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	29,33

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
717	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909990865222	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,20	42,34	53,03	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	23,07
718	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 32+25 mg	28 szt.	05909990865260	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,20	42,34	53,03	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	23,07
719	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990865130	2021-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,35	10,10	13,86	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,37
720	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990865147	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,60	21,17	27,80	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,82
721	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	84 szt.	05909991136833	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,00	30,24	39,01	32,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,54
722	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	14,71	11,34	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	6,57
723	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	14,71	11,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,37
724	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	14,71	11,34	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	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
725	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	14,71	11,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,37
726	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	13,99	15,11	19,29	11,34	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	11,15
727	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	13,99	15,11	19,29	11,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	7,95
728	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	16,79	18,13	23,08	13,61	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	12,67
729	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	16,79	18,13	23,08	13,61	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	9,47
730	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	27,98	30,22	37,56	22,68	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	18,08
731	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	27,98	30,22	37,56	22,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	14,88
732	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,94	11,82	17,01	17,01	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
733	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,94	11,82	17,01	17,01	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
734	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	21,88	23,63	32,16	32,16	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
735	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	21,88	23,63	32,16	32,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
736	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	6,00	6,48	9,61	8,56	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	4,25
737	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917	2022-01-01	3 lata	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	6,00	6,48	9,61	8,56	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,05
738	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	14,00	15,12	21,39	21,39	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
739	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924	2022-01-01	3 lata	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	14,00	15,12	21,39	21,39	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
740	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,00	9,72	13,57	11,34	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	5,43

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
741	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,00	9,72	13,57	11,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,23
742	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,86	11,73	16,29	13,61	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	5,88
743	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,86	11,73	16,29	13,61	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,68
744	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 1.5 mg	28 szt.	05909991337056	2023-11-01	2 lata	178.13, Leki przeciwpsychotyczne - kariprazyna	189,80	204,98	236,22	236,22	Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne		bezpłatny do limitu	0,00
745	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909991337155	2023-11-01	2 lata	178.13, Leki przeciwpsychotyczne - kariprazyna	189,80	204,98	236,22	236,22	Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne		bezpłatny do limitu	0,00
746	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	05909991337230	2023-11-01	2 lata	178.13, Leki przeciwpsychotyczne - kariprazyna	189,80	204,98	236,22	236,22	Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne		bezpłatny do limitu	0,00
747	Carvedilolum	Atram 12,5, tabl., 12.5 mg	30 szt.	05909990570430	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,10	7,67	9,64	4,33	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
748	Carvedilolum	Atram 25, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990570409	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,55	10,31	13,43	8,66	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%	7,37
749	Carvedilolum	Atram 6,25, tabl., 6.25 mg	30 szt.	05909990570454	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	5,78	6,24	7,67	2,17	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%	6,15

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
750	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 12.5 mg	30 szt.	05909990074099	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,69	9,39	11,38	4,33	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%	8,35
751	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990074129	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,99	11,87	15,08	8,66	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%	9,02
752	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 6.25 mg	30 szt.	05909990074051	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,19	6,69	8,12	2,17	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%	6,60
753	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12.5 mg	30 szt.	05909990727148	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,55	8,15	10,12	4,33	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%	7,09
754	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990727193	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,90	10,69	13,83	8,66	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%	7,77
755	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6.25 mg	30 szt.	05909990727100	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	5,75	6,21	7,64	2,17	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%	6,12
756	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12.5 mg	30 szt.	05909991017019	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,70	9,40	11,39	4,33	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%	8,36
757	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,00	11,88	15,09	8,66	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%	9,03

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
758	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 3.125 mg	30 szt.	05909991016814	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,68	7,21	8,37	1,08	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%	7,61
759	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 6.25 mg	30 szt.	05909991016913	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,19	6,69	8,12	2,17	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%	6,60
760	Carvedilolum	Coryol, tabl., 6.25 mg	30 szt.	05909990983315	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,14	6,63	8,06	2,17	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%	6,54
761	Carvedilolum	Coryol 12,5 mg, tabl., 12.5 mg	30 szt.	05909990216505	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,12	8,77	10,74	4,33	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%	7,71
762	Carvedilolum	Coryol 25 mg, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990216567	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,00	10,80	13,95	8,66	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%	7,89
763	Carvedilolum	Coryol 3,125 mg, tabl., 3.125 mg	30 szt.	05909990216604	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,25	6,75	7,91	1,08	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%	7,15
764	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687909	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,70	9,40	11,39	4,33	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%	8,36
765	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12.5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687930	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	17,40	18,79	22,42	8,66	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%	16,36

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
766	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687862	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,00	11,88	15,09	8,66	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%	9,03
767	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687879	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	22,00	23,76	29,62	17,32	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%	17,50
768	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6.25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687886	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,00	6,48	7,91	2,17	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%	6,39
769	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6.25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687893	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,00	12,96	15,17	4,33	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%	12,14
770	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990137411	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	14,50	15,66	20,82	15,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,15
771	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990137428	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	18,50	19,98	26,35	20,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,13
772	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990137510	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	29,00	31,32	39,99	30,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,65
773	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990137527	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	34,30	37,04	47,20	40,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,75
774	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990775910	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	36,00	38,88	49,72	46,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,72

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
775	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990775927	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	43,00	46,44	59,16	59,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	29,58
776	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 375 mg	10 szt.	05909990676514	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,78	19,20	24,23	12,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,98
777	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	10 szt.	05909990676613	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,70	25,60	31,84	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,51
778	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	14 szt.	05909990676620	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,18	35,83	44,04	23,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	32,38
779	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	10 szt.	05909990676712	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,55	38,39	47,07	24,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	34,58
780	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	05909990059515	2022-01-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	12,14	13,11	18,72	18,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,36
781	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	17 ml	05909990806812	2022-01-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	3,90	4,21	5,91	3,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,35
782	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911	2022-01-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	5,78	6,24	8,75	6,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,63
783	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416	2022-01-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	6,60	7,13	10,45	9,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,77
784	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990063840	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,49	24,29	30,46	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,13
785	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990063857	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,79	31,09	39,02	23,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	27,36

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
786	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990063697	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,44	32,88	42,23	33,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,57
787	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990063703	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,79	40,81	52,26	46,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	28,94
788	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991255145	2022-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,80	13,82	19,37	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,04
789	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991255152	2022-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,90	19,33	26,55	23,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,89
790	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991255183	2022-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,21	26,15	35,09	33,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,43
791	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991255190	2022-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,66	38,51	49,82	46,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,50
792	Cefuroximum	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991312831	2023-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,89	24,72	33,58	33,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,92
793	Cefuroximum	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991312855	2023-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,05	34,61	45,69	45,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,85
794	Cefuroximum	Cefuroxime Genoptim, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991353483	2022-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,20	23,98	32,79	32,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,40
795	Cefuroximum	Cefuroxime Genoptim, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991353490	2022-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,08	33,57	44,58	44,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,29

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
796	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009229	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	24,98	26,98	36,53	36,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,27
797	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009212	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	13,38	14,45	20,48	20,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,26
798	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991263331	2022-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,55	12,47	17,93	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,60
799	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991263355	2022-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,10	18,47	25,64	23,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,98
800	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	20 szt.	05909991263362	2022-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,20	25,06	33,94	33,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,28
801	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009120	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	49,96	53,96	68,66	68,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	34,33
802	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009113	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	24,98	26,98	36,53	36,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,27
803	Cefuroximum	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	10 tabl.	05909991263386	2022-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,45	24,25	33,08	33,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,54
804	Cefuroximum	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	14 tabl.	05909991263409	2022-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,60	38,45	49,76	46,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,44
805	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 500 mg	20 szt.	05909991263416	2022-05-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	46,00	49,68	63,39	63,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	31,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
806	Cefuroximum	Furocef, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991231194	2021-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,00	25,92	34,86	33,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,20
807	Cefuroximum	Furocef, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991231217	2021-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,60	36,29	47,47	46,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,15
808	Cefuroximum	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	10 szt.	05909990224951	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,48	14,56	20,14	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,81
809	Cefuroximum	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	14 szt.	05907626701753	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,30	18,68	25,87	23,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,21
810	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991265328	2022-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,28	26,22	35,18	33,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,52
811	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	10 szt.	05909990224456	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,90	29,05	38,17	33,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,51
812	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	14 szt.	05907626701760	2021-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,80	37,58	48,84	46,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,52
813	Cefuroximum	Zamur 250, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990216383	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,00	14,04	19,59	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,26
814	Cefuroximum	Zamur 250, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991067946	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,20	19,66	26,89	23,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,23
815	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990216390	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,00	28,08	37,14	33,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,48

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
816	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991067953	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,40	39,31	50,67	46,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	27,35
817	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909991471637	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,80	39,74	51,78	51,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,89
818	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	8 szt.	05909991471620	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,40	19,87	27,64	26,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,31
819	Cefuroximum	Zinacef, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 1500 mg	10 fiol.	05909990069927	2023-09-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	85,00	91,80	113,61	113,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	56,81
820	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 125 mg	10 szt.	05909990083213	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,20	9,94	13,23	8,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,07
821	Cefuroximum	Zinnat, granulat 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	25,30	27,32	36,90	36,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,45
822	Cefuroximum	Zinnat, granulat 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	13,35	14,42	20,45	20,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,23
823	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909997196350	2022-03-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,10	13,07	18,57	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,24
824	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990083312	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	14,58	20,16	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,83
825	Cefuroximum	Zinnat, granulat 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	25,07	27,08	36,63	36,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,32
826	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909997210605	2021-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,79	24,61	33,47	33,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,81

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
827	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991283575	2023-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,96	24,80	33,67	33,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,01
828	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991359331	2023-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,00	24,84	33,71	33,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,05
829	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909997200118	2021-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,45	25,33	34,23	33,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,57
830	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909997196077	2022-03-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,50	25,38	34,28	33,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,62
831	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991399290	2021-05-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,50	25,38	34,28	33,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,62
832	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990083411	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,80	25,70	34,63	33,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,97
833	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991433093	2021-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,00	25,92	34,86	33,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,20
834	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991418212	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,90	34,45	45,51	45,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,76
835	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991425203	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,15	34,72	45,81	45,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,91
836	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990083435	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,89	35,52	46,65	46,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,33

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
837	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991082932	2022-03-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,88	13,91	19,45	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,12
838	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991082949	2022-03-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,28	27,30	36,32	33,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,66
839	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991401641	2023-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,25	36,99	48,21	46,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,89
840	Cenobamate	Ontozry, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991458997	2023-03-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	410,00	442,80	495,23	495,23	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
841	Cenobamate	Ontozry, tabl; tabl. powl., 12,5 mg; 25 mg	28 szt. (14 tabl. powl. 25 mg + 14 tabl. 12,5 mg)	05909991459161	2023-03-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	410,00	442,80	495,23	495,23	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
842	Cenobamate	Ontozry, tabl. powl., 150 mg	28 szt.	05909991459062	2023-03-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	410,00	442,80	495,23	495,23	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
843	Cenobamate	Ontozry, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05909991459093	2023-03-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	410,00	442,80	495,23	495,23	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
844	Cenobamate	Ontozry, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991458966	2023-03-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	410,00	442,80	495,23	495,23	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
845	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	05909990410729	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,00	6,48	9,76	8,97	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%	3,48
846	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990410736	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,28	10,02	14,54	13,46	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%	5,12
847	Cetirizini dihydrochloridum	Alermed, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990910793	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,00	10,80	15,36	13,46	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%	5,94
848	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990569441	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	15,35	13,46	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%	5,93
849	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 10 ml	05909991103811	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,29	6,79	10,56	10,56	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%	3,17
850	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 20 ml	05909991103835	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,10	11,99	18,17	18,17	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%	5,45
851	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, syrop, 5 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990851119	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	9,24	9,98	13,80	11,39	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%	5,83
852	Cetirizini dihydrochloridum	Amertil, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907695215250	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,95	19,39	26,97	26,91	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%	8,13

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
853	Cetirizini dihydrochloridum	Letizen, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	05909990869725	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,57	7,10	10,38	8,97	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%	4,10
854	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. po 75 ml	05909990781515	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	7,68	8,29	11,34	8,54	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%	5,36
855	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 but. 20 ml	05909991386672	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	10,90	11,77	17,93	17,93	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%	5,38
856	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 but. 20 ml	05909991457020	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,48	12,40	18,60	18,60	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%	5,58
857	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909990184736	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,50	12,42	18,63	18,63	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%	5,59
858	Cetirizinum	Zyrtec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990184637	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,10	11,99	16,62	13,46	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%	7,20
859	Cetrorelixum	Cetrotide, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 0.25 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz.	05909990488926	2021-07-01	3 lata	78.1, Hormony przysadki i podwzgórza – antygonadotropiny uwalniające hormony	79,40	85,75	104,42	97,10	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli		50%	55,87
860	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990345618	2022-11-01	3 lata	233.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - chlorambucyl	68,00	73,44	90,98	90,98	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
861	Chloroquinum	Arechin, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991139582	2023-03-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	192.0, Leki przeciwmalaryczne - chlorochina	13,15	14,20	20,17	20,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <2>porfiria skórna późna	30%	6,05
862	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909991474409	2022-09-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,20	6,70	9,13	5,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	6,43
863	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909991474409	2022-09-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,20	6,70	9,13	5,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,00
864	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 50 mg	50 szt.	05909991474416	2022-09-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,80	13,82	19,67	19,67	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,20
865	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 50 mg	50 szt.	05909991474416	2022-09-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,80	13,82	19,67	19,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,90
866	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909990203017	2022-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,56	8,16	10,59	5,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	7,89
867	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909990203017	2022-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,56	8,16	10,59	5,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,46
868	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 50 mg	50 szt.	05909990203116	2022-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,01	16,21	22,19	19,67	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	5,72
869	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 50 mg	50 szt.	05909990203116	2022-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,01	16,21	22,19	19,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
870	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	146,39	146,39	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,80
871	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	95,17	73,20	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	28,37
872	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990787463	2022-05-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	220,00	237,60	271,44	271,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; 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 granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
873	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990787289	2022-05-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	49,95	53,95	68,57	67,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; 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 granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,80
874	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990787357	2022-05-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	105,30	113,72	135,93	135,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; 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 granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, 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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
875	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 100 mg	50 szt.	05909990946624	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	220,00	237,60	271,44	271,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; 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 granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
876	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991480424	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	248,49	268,37	305,50	305,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; 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 granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
877	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991460679	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	248,50	268,38	305,51	305,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; 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 granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
878	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990946716	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	256,50	277,02	314,67	314,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; 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 granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, 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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
879	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 25 mg	50 szt.	05909990946426	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	49,95	53,95	68,57	67,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; 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 granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,80
880	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 50 mg	50 szt.	05909990946525	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	105,30	113,72	135,93	135,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; 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 granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
881	Ciclosporinum	Ikervis, krople do oczu, emulsja, 1 mg/ml	30 poj. 0,3 ml	04987084303585	2022-09-01	2 lata	257.0, Cyklosporyna	322,00	347,76	391,72	391,72	Ciężkie zapalenie rogówki u dorosłych pacjentów z zespołem suchego oka, u których nie nastąpiła poprawa pomimo stosowania preparatów sztucznych łez		30%	117,52
882	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 10 mg	60 szt.	05909990406111	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	43,26	46,72	57,22	32,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; 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 granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	27,80

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
883	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990336814	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	226,86	245,01	279,29	271,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; 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 granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	10,63
884	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990336913	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	284,54	307,30	346,77	314,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; 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 granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	35,30
885	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990336616	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,66	61,19	76,24	67,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; 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 granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	11,47
886	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990336715	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,13	122,18	144,89	135,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; 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 granularnych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	12,16

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
887	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909990678648	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,13	7,70	9,17	2,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,17
888	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powl., 2.5 mg	28 szt.	05909990678655	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,05	11,93	14,36	5,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,35
889	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990678679	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,92	19,35	23,60	10,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,14
890	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909990066667	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,50	10,26	11,81	2,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,81
891	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909990066780	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,80	13,82	16,47	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,09
892	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990066803	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,39	22,02	26,61	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	21,84
893	Ciprofibratum	Lipanor, kaps., 100 mg	30 szt.	05909990376612	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	17,22	18,60	24,66	19,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,36
894	Ciprofloxacinum	Ciphin 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990499113	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,00	7,56	11,42	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,71
895	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990066414	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	4,96	5,36	7,73	5,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,78
896	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990066216	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,25	7,83	11,69	11,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,85
897	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990308514	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	4,99	5,39	7,76	5,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,81
898	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990334964	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,35	7,94	11,80	11,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,90

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
899	Ciprofloxacinum	Cipropol, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990729012	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,50	8,10	11,96	11,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,06
900	Ciprofloxacinum	Proxacin 250, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991033514	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	4,50	4,86	7,23	5,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,28
901	Ciprofloxacinum	Proxacin 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991033613	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,20	7,78	11,64	11,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,82
902	Clarithromycinum	Fromilid 250, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990773626	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,55	14,63	19,72	14,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,30
903	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990781010	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,00	19,44	27,39	27,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,70
904	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg	28 szt.	05909991036546	2021-05-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,00	37,80	50,00	50,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,00
905	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 250 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990081165	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	14,58	19,66	14,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,24
906	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990045532	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,25	18,63	26,53	26,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,27
907	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 500 mg	20 szt.	05909990045549	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,80	26,78	36,65	36,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,33
908	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426453	2021-11-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	18,80	20,30	28,53	28,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,27
909	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426446	2021-11-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,28	12,18	17,93	17,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,09

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
910	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426477	2021-11-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	38,00	41,04	53,72	53,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,86
911	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426491	2021-11-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	22,80	24,62	33,84	33,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,92
912	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	100 ml	05909990331727	2022-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	26,20	28,30	37,00	29,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,26
913	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	60 ml	05909990331710	2022-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	17,98	19,42	25,59	17,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,75
914	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990331819	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,00	11,88	15,80	10,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,50
915	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990331826	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,40	16,63	21,84	14,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,42
916	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990780631	2022-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	42,58	45,99	58,96	58,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	29,48
917	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990780624	2022-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	32,96	35,60	45,48	35,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	27,79
918	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990719419	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,80	33,26	42,04	29,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	27,20
919	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991030117	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,00	21,60	29,68	29,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,84

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
920	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991023416	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,95	25,87	34,20	29,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,36
921	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 300, tabl. powl., 300 mg	16 szt.	05909991001438	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,08	15,21	21,49	19,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,91
922	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	12 szt.	05909991001520	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,12	22,81	31,16	28,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,79
923	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	16 szt.	05909991001537	2021-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,06	30,30	40,31	38,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,16
924	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	30 szt.	05909991001544	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	52,80	57,02	71,84	71,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	35,92
925	Clindamycinum	Clindanea, tabl. powl., 600 mg	12 szt.	05909991414207	2021-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,12	22,81	31,16	28,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,79
926	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 150 mg	16 szt.	05909990071210	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,04	7,60	11,31	9,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,52
927	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 300 mg	16 szt.	05909990306435	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,08	15,21	21,49	19,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,91
928	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 75 mg	16 szt.	05909990071111	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,35	6,86	9,16	4,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,77
929	Clindamycinum	Klimicin, kaps. twarde, 300 mg	16 szt.	05907626707397	2022-05-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,00	12,96	19,12	19,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,56
930	Clindamycinum	Klimicin, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 300 mg/2 ml	5 amp.po 2 ml	05909990067510	2022-01-01	3 lata	102.1, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania pozajelitowego	23,00	24,84	33,63	33,63	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
931	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0.5 mg/ml	50 ml	05909997013800	2022-11-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	11,87	12,82	18,20	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,87
932	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0.5 mg/ml	50 ml	05909997196497	2022-07-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	11,88	12,83	18,21	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,88
933	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0.5 mg/ml	50 ml	05909990369928	2022-01-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	15,40	16,63	22,24	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,91
934	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990294916	2022-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	6,40	6,91	9,07	4,82	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,25
935	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990295012	2022-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	10,10	10,91	15,10	12,05	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,05
936	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil SR 75, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	05909990295111	2022-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	15,90	17,17	24,10	24,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
937	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0.5 mg	30 szt.	05909990135615	2022-01-01	3 lata	158.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - benzodiazepiny	6,00	6,48	8,57	4,63	Padaczka		ryczałt	7,14
938	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516	2022-01-01	3 lata	158.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - benzodiazepiny	12,00	12,96	18,52	18,52	Padaczka		ryczałt	3,20
939	Clopamidum	Clopamid VP, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990141012	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	3,46	3,74	9,48	9,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,84
940	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991251949	2022-05-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	13,98	15,10	22,36	22,36	Miażdżyca 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%	6,71

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
941	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991397005	2023-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	14,00	15,12	22,38	22,38	Miażdżyca 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%	6,71
942	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990754748	2022-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	16,99	18,35	25,80	25,80	Miażdżyca 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%	7,74
943	Clopidogrelum	Areplex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991167011	2022-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	24,88	26,87	34,83	26,33	Miażdżyca 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%	16,40
944	Clopidogrelum	Clopidix, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990625826	2022-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	17,45	18,85	26,33	26,33	Miażdżyca 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%	7,90

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
945	Clopidogrelum	Clopidogrel Aurovitas, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991492205	2023-11-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	16,95	18,31	25,76	25,76	Miażdżyca 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%	7,73
946	Clopidogrelum	Clopidogrel Bluefish, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990768141	2021-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	13,45	14,53	21,75	21,75	Miażdżyca 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%	6,53
947	Clopidogrelum	Clopidogrel KRKA, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991029388	2021-05-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	15,00	16,20	23,52	23,52	Miażdżyca 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%	7,06
948	Clopidogrelum	Grepid, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990727667	2022-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	14,50	15,66	22,95	22,95	Miażdżyca 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%	6,89

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
949	Clopidogrelum	Pegorel, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990793730	2022-03-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	14,50	15,66	22,95	22,95	Miażdżyca 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%	6,89
950	Clopidogrelum	Plavocorin, tabl. powl., 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990762729	2022-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	18,10	19,55	27,08	26,33	Miażdżyca 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%	8,65
951	Clopidogrelum	Vixam, tabl. powl., 75 mg	30 szt.	05909990866533	2022-05-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	18,99	20,51	28,30	28,21	Miażdżyca 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%	8,55
952	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05901878600475	2021-07-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	13,08	14,13	21,32	21,32	Miażdżyca 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%	6,40

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
953	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05903792743382	2023-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	13,10	14,15	21,35	21,35	Miażdżyca 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%	6,41
954	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991109219	2022-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwpłytkowe - klopidogrel	15,00	16,20	23,52	23,52	Miażdżyca 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%	7,06
955	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909990295715	2022-01-01	3 lata	89.6, Penicyliny półsyntetyczne doustne - kloksacylina	28,00	30,24	40,21	40,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,11
956	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	100 szt.	05909991327736	2022-03-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,00	37,80	47,93	42,13	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	5,80
957	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991327705	2021-03-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,92	19,35	25,63	21,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,56
958	Clozapinum	Clopizam, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991327606	2021-03-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,48	4,84	7,04	5,27	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,77
959	Clozapinum	Klozapol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990139521	2022-01-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,00	24,84	31,44	21,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	10,37

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
960	Clozapinum	Klozapol, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990139422	2022-01-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,50	7,02	9,22	5,27	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,95
961	Clozapinum	Symcloza, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991373443	2022-09-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,48	18,88	25,12	21,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,05
962	Clozapinum	Symcloza, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991373467	2022-05-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,96	37,76	47,88	42,13	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	5,75
963	Clozapinum	Symcloza, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991373382	2022-09-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,37	4,72	6,92	5,27	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,65
964	Colecalciferolum	Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml	10 ml	05909991047818	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2021-03-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	18.2, Witamina D i jej metabolity - kolekalcyferol i kalcyfediol	6,00	6,48	9,83	9,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>przewlekła choroba nerek; <2>osteoporoza posterydowa - profilaktyka	ryczałt	3,20
965	Colistimethatum natricum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	05909990366514	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	106.0, Antybiotyki peptydowe - kolistyna	330,00	356,40	401,12	401,12	Mukowiscydoza	<1>pierwotna dyskineza 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	3,20
966	Collagenasum	Iruxol Mono, maść, 1.2 j./g	20 g	05909990015412	2022-01-01	3 lata	51.0, Enzymy stosowane w oczyszczaniu ran	29,00	31,32	41,53	41,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,77
967	Conestatum alfa	Ruconest, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2100 j.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do podawania	08718309680077	2022-05-01	2 lata	241.0, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - konestat alfa	3417,00	3690,36	3947,16	3947,16	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
968	Corifollitropinum alfa	Elonva, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg	1 amp.-strz. 0,5 ml	05909997077482	2023-01-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1145,81	1237,47	1362,64	1362,64	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 mlU/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		ryczałt	3,20
969	Corifollitropinum alfa	Elonva, roztwór do wstrzykiwań, 150 µg	1 amp.-strz. 0,5 ml	05909997077499	2023-01-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1145,81	1237,47	1362,64	1362,64	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 mlU/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		ryczałt	3,20
970	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010	2022-01-01	3 lata	26.0, Witamina B12 - cyjanokobalamina	8,10	8,75	12,89	12,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,87
971	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814	2022-03-01 - dla kolumny 13, <1>2022-05-01/<2>2022-07-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	117.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki alkilujące - cyklofosfamid	67,00	72,36	89,72	89,72	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
972	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814	2022-03-01	3 lata	117.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki alkilujące - cyklofosfamid	67,00	72,36	89,72	89,72	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
973	Cyproteroni acetas	Androcur, tabl., 50 mg	20 szt.	05909990657476	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	71.0, Hormony płciowe - antyandrogeny o budowie steroidowej	27,43	29,62	39,47	36,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	13,79

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
974	Cyproteroni acetas	Androcur, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990657483	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	71.0, Hormony płciowe - antyandrogeny o budowie steroidowej	68,57	74,06	91,69	91,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	27,51
975	Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum	Cyprodiol, tabl. powl., 2+0,035 mg	21 szt.	05909991039486	2021-07-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	7,30	7,88	10,77	7,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,45
976	Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum	Diane-35, tabl. powl., 2+0,035 mg	21 szt.	05909990222216	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	8,00	8,64	11,53	7,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,21
977	Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum	Diane-35, tabl. powl., 2+0,035 mg	63 szt.	05909990222230	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	24,00	25,92	33,12	22,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,15
978	Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum	OC-35, tabl. powl., 2+0,035 mg	21 szt.	05909990046171	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	8,33	9,00	11,89	7,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,57
979	Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum	OC-35, tabl. powl., 2+0,035 mg	63 szt.	05909990046188	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	24,80	26,78	34,03	22,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,06
980	Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum	Syndi-35, tabl. drażowane, 2+0,035 mg	21 szt.	05909990037773	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	8,00	8,64	11,53	7,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,21
981	Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum	Syndi-35, tabl. drażowane, 2+0,035 mg	63 szt. (3 blist.po 21 szt.)	05909990086788	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	24,00	25,92	33,12	22,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,15
982	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991302108	2023-11-01	2 lata	247.0, Szczepionki przeciw grypie	38,00	41,04	53,15	52,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji;		50%	26,80

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
983	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	10 szt.	05909990641253	2021-03-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	35,50	38,34	45,71	17,18	Żylne 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	31,73
984	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909990641260	<1>2021-03-01/<2>2023-03-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	106,50	115,02	131,73	51,54	<1>Żylne 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	83,39
985	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909990641260	<1>2021-03-01/<2>2023-03-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	106,50	115,02	131,73	51,54	<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		30%	95,65
986	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05909990887453	2023-03-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	106,50	115,02	133,36	70,28	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%	84,16
987	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 75 mg	30 szt.	05909990641222	2021-03-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	106,50	115,02	129,84	35,14	Żylne 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	97,90
988	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05907594033252	2023-11-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	38,99	42,11	54,45	51,54	Żylne 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	6,11
989	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05907594033252	2023-11-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	38,99	42,11	54,45	51,54	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%	18,37
990	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	05907594033269	2023-11-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	77,98	84,22	103,08	103,08	Żylne 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	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
991	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	05907594033269	2023-11-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	77,98	84,22	103,08	103,08	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%	30,92
992	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 150 mg	180 szt.	05907594033306	2023-11-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	319,01	344,53	388,19	388,19	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%	116,46
993	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05907594033283	2023-11-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	53,17	57,42	72,31	70,28	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%	23,11
994	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05907594033290	2023-11-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	106,34	114,85	137,18	137,18	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%	41,15
995	Danazolum	Danazol Polfarmex, tabl., 200 mg	100 szt.	05909990925339	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	73.0, Hormony płciowe - antygonadotropiny - danazol	190,00	205,20	236,44	236,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	małopłytkowość autoimmunizacyjna oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny	ryczałt	3,56
996	Degarelixum	Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 120 mg	2 fiol. z prosz. i 2 fiol. z rozp.	05909990774869	2022-09-01	3 lata	237.0, Leki przeciwnowotworowe - antagoniści hormonów i leki zbliżone - degareliks	1385,45	1496,29	1635,54	1635,54	Zaawansowany hormonozależny rak gruczołu krokowego		ryczałt	9,48
997	Degarelixum	Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 80 mg	1 fiol. z prosz. i 1 amp-strz. rozp.	05909990774852	2022-09-01	3 lata	237.0, Leki przeciwnowotworowe - antagoniści hormonów i leki zbliżone - degareliks	461,77	498,71	556,13	556,13	Zaawansowany hormonozależny rak gruczołu krokowego		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
998	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	630,66	630,66	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%	189,20
999	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991032838	2021-05-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,30	11,12	15,70	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,28
1000	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991032852	2021-05-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,89	33,36	43,32	40,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,06
1001	Desloratadinum	Delortan, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 120 ml	05909990969364	2022-07-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	8,62	9,31	13,67	13,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,10
1002	Desloratadinum	Delortan, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990969654	2022-01-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,93	9,64	14,14	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,72
1003	Desloratadinum	Delortan, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990969678	2023-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,45	27,49	37,10	37,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,13
1004	Desloratadinum	Deslodyna, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990964574	2021-05-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,20	13,18	18,39	17,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,43
1005	Desloratadinum	Deslodyna, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990964611	2021-05-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	15,48	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,06

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1006	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991359454	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,00	7,56	12,01	12,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,60
1007	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	08901175035427	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,38	15,53	22,88	22,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,86
1008	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991359478	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,55	23,27	32,63	32,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,79
1009	Desloratadinum	Dynid, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	150 ml	05909990975921	2022-01-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	10,79	11,65	16,79	16,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,04
1010	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990979981	2022-01-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,95	9,67	14,16	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,74
1011	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	60 szt.	05902020241669	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,50	17,82	25,31	25,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,59
1012	Desloratadinum	Hitaxa, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909990981458	2021-03-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	14,40	15,55	20,91	17,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,95
1013	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2.5 mg	30 szt.	05909990981359	2021-03-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,85	7,40	10,08	6,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,37
1014	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	30 szt.	05909990981373	2021-03-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,48	14,56	19,34	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,92
1015	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991499785	2023-03-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,00	18,36	25,88	25,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,76

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1016	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991480172	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,15	18,52	26,05	26,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,82
1017	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990994533	2021-05-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,90	19,33	26,91	26,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,07
1018	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991499792	2023-03-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,50	27,54	37,15	37,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,15
1019	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991480189	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,70	27,76	37,38	37,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,21
1020	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990994540	2023-11-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,75	27,81	37,44	37,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,23
1021	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548	2021-07-01	3 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	146,00	157,68	184,69	184,69	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	3,20
1022	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2021-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	146,00	157,68	184,69	184,69	Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	30%	55,41
1023	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579	2021-07-01	3 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	304,72	329,10	370,98	369,38	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	8,00
1024	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2021-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	304,72	329,10	370,98	369,38	Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	30%	112,41
1025	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494	2021-07-01	3 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	73,00	78,84	97,10	92,35	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	7,95

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1026	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2021-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	73,00	78,84	97,10	92,35	Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	30%	32,46
1027	Dexamethasonum	Demezon, tabl., 1 mg	40 szt.	05909991389178	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	21,50	23,22	31,98	31,98	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	3,20
1028	Dexamethasonum	Demezon, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991389208	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	43,00	46,44	59,94	59,94	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	5,69
1029	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991484729	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	231,80	250,34	285,68	285,68	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	28,44
1030	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991472535	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	232,00	250,56	285,90	285,90	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	28,44
1031	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991472603	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	92,90	100,33	121,06	121,06	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	11,38
1032	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991297763	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	233,92	252,63	288,11	288,11	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
1033	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991297480	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	46,78	50,52	64,27	64,27	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	5,69

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1034	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 40 mg	20 szt.	05909991297879	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	464,96	502,16	559,97	559,97	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
1035	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991297633	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	93,57	101,06	121,82	121,82	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	11,38
1036	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	05904374007854	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	15,60	16,85	22,56	16,07	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	9,69
1037	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg	20 szt.	05900411007351	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	233,94	252,66	288,13	288,13	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	28,44
1038	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg	20 szt.	05900411007276	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	46,79	50,53	64,28	64,27	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	5,70
1039	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	05904374007861	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	7,80	8,42	11,65	8,03	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	6,82
1040	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg	20 szt.	05900411007313	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	93,58	101,07	121,84	121,84	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	11,38
1041	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751518	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2021-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	181.1, Leki przeciwlękowe - diazepam do podawania doodbytniczego (wlewki)	19,37	20,92	26,84	16,97	Padaczka	drgawki inne niż określone w ChPL	ryczałt	13,07

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1042	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751617	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2021-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	181.1, Leki przeciwlękowe - diazepam do podawania doodbytniczego (wlewki)	23,23	25,09	33,93	33,93	Padaczka	drgawki inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
1043	Diclofenacum	Naclof, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	5 ml (but.)	05909990145317	2022-01-01	3 lata	210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak	6,95	7,51	11,20	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,70
1044	Diclofenacum	Olfen Uno, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990457120	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,70	16,96	23,43	23,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,93
1045	Diclofenacum	Olfen UNO, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990457137	2022-11-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	21,00	22,68	32,33	32,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,17
1046	Diclofenacum natricum	Diclac, roztwór do wstrzykiwań domięśniowych, 75 mg/3 ml	10 amp.po 3 ml	05909990753024	2022-01-01	3 lata	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	10,60	11,45	16,62	16,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,31
1047	Diclofenacum natricum	Diclac, roztwór do wstrzykiwań domięśniowych, 75 mg/3 ml	5 amp.po 3 ml	05909990753017	2022-01-01	3 lata	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	5,30	5,72	8,80	8,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,40
1048	Diclofenacum natricum	Dicloabak, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	10 ml (but.)	05909990074044	2022-01-01	3 lata	210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak	14,00	15,12	21,39	21,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1049	Diclofenacum natricum	DicloDuo, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990752010	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,60	11,45	15,37	11,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,62
1050	Diclofenacum natricum	Difadol 0,1%, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	5 ml	05909991026516	2022-01-01	3 lata	210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak	7,90	8,53	12,22	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1051	Diclofenacum natricum	Majamil prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	20 szt.	05909990033614	2022-01-01	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	10,99	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,88
1052	Diclofenacum natricum	Naklofen, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg/ml	5 amp.po 3 ml	05909990241910	2022-01-01	3 lata	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	5,30	5,72	8,80	8,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,40
1053	Diclofenacum natricum	Olfen 75 SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990974122	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,60	11,45	15,37	11,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,62
1054	Diclofenacum natricum + Lidocaini hydrochloridum	Olfen 75, roztwór do wstrzykiwań, (37,5+10) mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990161119	2022-01-01	3 lata	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	8,60	9,29	12,39	8,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,99
1055	Dienogest	Diemono, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991405120	2023-01-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	29,70	32,08	42,11	36,42	Endometrioza		ryczałt	8,89
1056	Dienogestum	Aridya, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991430702	2021-05-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	25,00	27,00	36,73	36,42	Endometrioza		ryczałt	3,51
1057	Dienogestum	Diemono, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991473341	2023-01-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	25,75	27,81	37,59	36,42	Endometrioza		ryczałt	4,37
1058	Dienogestum	Diemono, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991487270	2022-11-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	25,80	27,86	37,65	36,42	Endometrioza		ryczałt	4,43
1059	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991398569	2023-03-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	27,70	29,92	39,82	36,42	Endometrioza		ryczałt	6,60
1060	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	84 szt.	05909991398576	2023-03-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	83,10	89,75	109,25	109,25	Endometrioza		ryczałt	8,96
1061	Dienogestum	Probella, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991396978	2023-09-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	29,69	32,07	42,10	36,42	Endometrioza		ryczałt	8,88
1062	Dienogestum	Symdieno, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991392871	2023-03-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	27,50	29,70	39,59	36,42	Endometrioza		ryczałt	6,37
1063	Dienogestum	Visanne, tabl., 2 mg	28 szt.	05909990776962	2022-11-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	47,40	51,19	62,37	36,42	Endometrioza		ryczałt	29,15
1064	Dienogestum	Zafrilla, tabl., 2 mg	28 szt.	05907594032552	2023-09-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	25,90	27,97	37,76	36,42	Endometrioza		ryczałt	4,54
1065	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045	2022-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	31,20	33,70	44,43	44,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,33
1066	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045	2022-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	31,20	33,70	44,43	44,43	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1067	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069	2022-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	47,68	51,49	65,29	65,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,59
1068	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069	2022-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	47,68	51,49	65,29	65,29	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1069	Diltiazemi hydrochloridum	Dilzem 120 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 120 mg	30 szt.	05909990482917	2022-01-01	3 lata	43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem	7,40	7,99	11,82	11,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,63
1070	Diltiazemi hydrochloridum	Dilzem 180 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 180 mg	30 szt.	05909990483310	2022-01-01	3 lata	43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem	10,99	11,87	17,08	17,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1071	Diltiazemi hydrochloridum	Dilzem retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 szt.	05909990213214	2022-01-01	3 lata	43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem	6,50	7,02	10,11	8,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,77
1072	Diltiazemi hydrochloridum	Oxycardil 60, tabl. powl., 60 mg	60 szt.	05909990121120	2022-01-01	3 lata	43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem	6,89	7,44	11,27	11,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1073	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	2022-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	170,10	183,71	213,03	208,60	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	7,63
1074	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	2022-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	170,10	183,71	213,03	208,60	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	7,63
1075	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	2022-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	255,00	275,40	312,90	312,90	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	3,20
1076	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991024413	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	31,50	34,02	43,87	37,57	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	17,57
1077	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991024420	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	53,75	58,05	72,84	72,84	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	21,85

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1078	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	84 szt.	05907695215380	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	81,37	87,88	106,96	106,96	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	32,09
1079	Donepezil hydrochloride	Cogiton 5, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991024314	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	18,00	19,44	25,68	18,79	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,53
1080	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991464141	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	25,95	28,03	37,52	37,52	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,26
1081	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990689873	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	27,20	29,38	38,95	37,57	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,65
1082	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990689781	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	13,60	14,69	20,64	18,79	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,49
1083	Donepezili hydrochloridum	Donectil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990683666	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	25,80	27,86	37,35	37,35	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,21
1084	Donepezili hydrochloridum	Donectil, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990683581	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	13,93	15,04	21,02	18,79	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,87
1085	Donepezili hydrochloridum	Donectil ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	30 szt.	05909990851492	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,30	30,56	40,53	40,25	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,36

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1086	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991056018	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	26,00	28,08	37,57	37,57	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,27
1087	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991055912	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	13,00	14,04	19,95	18,79	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	6,80
1088	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990814138	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	21,75	23,49	32,71	32,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	9,81
1089	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990814077	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	12,90	13,93	19,83	18,79	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	6,68
1090	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990657360	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	26,50	28,62	38,15	37,57	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,85
1091	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990657353	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	13,75	14,85	20,82	18,79	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,67
1092	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991403560	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	22,90	24,73	34,02	34,02	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	10,21
1093	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991398842	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	11,70	12,64	18,46	18,46	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1094	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990798940	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,18	30,43	40,07	37,57	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	13,77
1095	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990798933	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,84	21,43	27,78	18,79	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	14,63
1096	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990993314	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	27,50	29,70	39,29	37,57	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,99
1097	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990993215	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	17,76	19,18	25,41	18,79	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,26
1098	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990850204	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	27,50	29,70	39,29	37,57	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,99
1099	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990850075	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	17,76	19,18	25,41	18,79	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,26
1100	Dornasum alfa	Pulmozyme, roztwór do nebulizacji, 1 mg/ml	30 amp.a 2,5 ml	05909990375813	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	205.2, Leki mukolityczne - dornaza alfa	2089,00	2256,12	2457,07	2457,07	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1101	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 butelka 5 ml	05909991344306	2021-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	13,23	14,29	19,84	17,66	Jaskra		ryczałt	5,38
1102	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 butelki 5 ml	05909991344313	2021-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	39,73	42,91	54,85	52,98	Jaskra		ryczałt	7,20
1103	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990942855	2022-09-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	15,90	17,17	22,90	17,66	Jaskra		ryczałt	8,44
1104	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05900257101015	2022-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	39,74	42,92	54,86	52,98	Jaskra		ryczałt	7,21
1105	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990643929	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	16,90	18,25	24,04	17,66	Jaskra		ryczałt	9,58

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1106	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000962	2022-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	41,00	44,28	56,31	52,98	Jaskra		ryczałt	8,66
1107	Dorzolamidum	Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990661329	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	14,56	15,72	21,36	17,66	Jaskra		ryczałt	6,90
1108	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991310936	2022-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	13,08	14,13	19,67	17,66	Jaskra		ryczałt	5,21
1109	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991310943	2022-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	39,25	42,39	54,31	52,98	Jaskra		ryczałt	6,66
1110	Dorzolamidum + Timololum	Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990442423	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	22,70	24,52	32,35	26,49	Jaskra		ryczałt	9,06

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1111	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991340674	2021-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	17,58	18,99	26,49	26,49	Jaskra		ryczałt	3,20
1112	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991340681	2021-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	52,74	56,96	71,76	71,76	Jaskra		ryczałt	8,00
1113	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991067267	2022-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,00	22,68	30,41	26,49	Jaskra		ryczałt	7,12
1114	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991067274	2022-05-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	52,92	57,15	71,98	71,98	Jaskra		ryczałt	8,00
1115	Dorzolamidum + Timololum	Oftidorix, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	5 ml	05909990866144	2022-09-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	17,49	18,89	26,39	26,39	Jaskra		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1116	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990746705	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,50	23,22	30,98	26,49	Jaskra		ryczałt	7,69
1117	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000955	2022-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	52,92	57,15	71,98	71,98	Jaskra		ryczałt	8,00
1118	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991311049	2022-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	17,49	18,89	26,39	26,39	Jaskra		ryczałt	3,20
1119	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991311056	2022-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhydrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	52,47	56,67	71,46	71,46	Jaskra		ryczałt	8,00
1120	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991305291	2022-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	4,57	4,94	8,33	8,33	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1121	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991305291	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	4,57	4,94	8,33	8,33	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%	2,50

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1122	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991305420	2022-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,15	9,88	15,40	15,40	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1123	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991305420	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,15	9,88	15,40	15,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,62
1124	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 2 mg	30 szt.	05909990901890	2022-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	5,20	5,62	9,01	9,01	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1125	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 2 mg	30 szt.	05909990901890	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	5,20	5,62	9,01	9,01	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%	2,70
1126	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	30 szt.	05909990902255	2022-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,40	11,23	16,82	16,82	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1127	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	30 szt.	05909990902255	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,40	11,23	16,82	16,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	5,05
1128	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	90 szt.	05909990902293	2022-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	31,20	33,70	45,36	45,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1129	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	90 szt.	05909990902293	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	31,20	33,70	45,36	45,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	13,61

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1130	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,74	10,52	12,75	4,80	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,15
1131	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,74	10,52	12,75	4,80	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%	9,39
1132	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,00	14,04	17,73	9,61	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,32
1133	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,00	14,04	17,73	9,61	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%	11,00
1134	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,20	20,74	26,90	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,89
1135	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,20	20,74	26,90	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	13,45
1136	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367	2022-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	33,40	36,07	45,87	38,42	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	13,85
1137	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	33,40	36,07	45,87	38,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	18,98

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1138	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,00	19,44	25,53	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,52
1139	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,00	19,44	25,53	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	12,08
1140	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	38,66	41,75	51,90	38,42	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	19,88
1141	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	38,66	41,75	51,90	38,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	25,01
1142	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,80	11,66	13,97	4,80	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,37
1143	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,80	11,66	13,97	4,80	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%	10,61
1144	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,62	14,71	18,45	9,61	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,04
1145	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,62	14,71	18,45	9,61	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%	11,72

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1146	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,20	18,58	24,61	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,60
1147	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,20	18,58	24,61	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	11,16
1148	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,99	10,79	13,04	4,80	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,44
1149	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,99	10,79	13,04	4,80	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%	9,68
1150	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	14,02	15,14	18,90	9,61	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,49
1151	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	14,02	15,14	18,90	9,61	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%	12,17
1152	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289	2021-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,00	57,24	71,74	71,74	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,80
1153	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,00	57,24	71,74	71,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	21,52

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1154	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,25	17,55	23,53	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,52
1155	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,25	17,55	23,53	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,08
1156	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951	2022-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,53	17,85	23,84	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,83
1157	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,53	17,85	23,84	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,39
1158	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582	2022-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,09	57,34	70,42	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	22,39
1159	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,09	57,34	70,42	57,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	30,08
1160	Doxazosinum	Doxazosin XR Genoptim, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990066797	2022-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,16	9,89	15,41	15,41	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1161	Doxazosinum	Doxazosin XR Genoptim, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990066797	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,16	9,89	15,41	15,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,62

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1162	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,89	13,92	17,60	9,61	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,19
1163	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,89	13,92	17,60	9,61	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%	10,87
1164	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,40	20,95	27,12	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,11
1165	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,40	20,95	27,12	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	13,67
1166	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,63	17,96	23,96	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,95
1167	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,63	17,96	23,96	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,51
1168	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,90	53,89	66,76	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,73
1169	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,90	53,89	66,76	57,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	26,42

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1170	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,75	13,77	17,45	9,61	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,04
1171	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,75	13,77	17,45	9,61	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%	10,72
1172	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,30	18,68	24,73	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,72
1173	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,30	18,68	24,73	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	11,28
1174	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,30	18,68	24,73	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,72
1175	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,30	18,68	24,73	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	11,28
1176	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820	2021-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	33,98	36,70	46,54	38,42	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	14,52
1177	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	33,98	36,70	46,54	38,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	19,65

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1178	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,75	10,53	12,77	4,80	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,17
1179	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,75	10,53	12,77	4,80	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%	9,41
1180	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,90	13,93	17,61	9,61	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,20
1181	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,90	13,93	17,61	9,61	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%	10,88
1182	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,64	17,97	23,97	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,96
1183	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,64	17,97	23,97	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,52
1184	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990080267	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	51,00	55,08	68,02	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	19,99
1185	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990080267	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	51,00	55,08	68,02	57,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	27,68
1186	Doxycyclinum	Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991330576	2021-05-01	3 lata	87.0, Antybiotyki tetracyklinowe - doksycyklina	6,70	7,24	10,85	10,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1187	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909990072316	2022-01-01	3 lata	87.0, Antybiotyki tetracyklinowe - doksycyklina	8,91	9,62	13,27	10,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,85
1188	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 0.75 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	05909991219130	2022-09-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	156,50	169,02	197,04	197,04	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥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 ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	59,11
1189	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 1.5 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	05909991219161	2022-09-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	156,50	169,02	197,04	197,04	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥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 ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	59,11
1190	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 3 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	08594012697638	2022-09-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	156,50	169,02	197,04	197,04	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥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 ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	59,11

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1191	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 4.5 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	08594012697645	2022-09-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	156,50	169,02	197,04	197,04	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥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 ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	59,11
1192	Duloxetinum	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991432980	2022-07-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,38	10,13	15,10	14,94	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	4,64
1193	Duloxetinum	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991432997	2022-07-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,76	20,26	28,44	28,44	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	8,53
1194	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	28 szt.	05909991324551	2022-01-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,74	15,92	21,23	14,94	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	10,77
1195	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	56 szt.	05906414003185	2022-01-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	29,48	31,84	40,71	29,88	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	19,79
1196	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	28 szt.	05909991324537	2022-01-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	29,48	31,84	40,71	29,88	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	19,79
1197	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	56 szt.	05906414003192	2022-01-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	58,97	63,69	77,67	59,76	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	35,84
1198	Duloxetinum	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991419776	2022-11-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,85	10,64	15,64	14,94	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	5,18
1199	Duloxetinum	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991419813	2022-11-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,70	21,28	29,51	29,51	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	8,85
1200	Duloxetinum	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 30 mg	30 szt.	05901720140296	2023-05-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,05	10,85	16,07	16,01	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	4,86
1201	Duloxetinum	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 60 mg	30 szt.	05901720140210	2023-05-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,10	21,71	30,22	30,22	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	9,07
1202	Duloxetinum	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05901797710644	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,15	10,96	15,98	14,94	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1203	Duloxetinum	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05901797710668	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,30	21,92	30,20	29,88	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	9,28
1204	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991231040	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,75	10,53	15,53	14,94	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	5,07
1205	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991423636	2023-03-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,00	20,52	28,71	28,71	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	8,61
1206	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991231064	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,50	21,06	29,28	29,28	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	8,78
1207	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991231071	2023-03-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	38,00	41,04	53,66	53,66	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	16,10
1208	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991222239	2022-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,64	11,49	16,54	14,94	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	6,08
1209	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991222253	2022-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,28	22,98	31,32	29,88	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	10,40
1210	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991480745	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,73	20,23	28,40	28,40	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	8,52
1211	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991222321	2022-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,28	22,98	31,32	29,88	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	10,40
1212	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991480752	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	37,40	40,39	52,97	52,97	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	15,89
1213	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991222345	2022-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	42,56	45,96	58,88	58,88	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	17,66
1214	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991352172	2022-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,92	34,47	45,31	44,82	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	13,94
1215	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 120 mg	28 szt.	05909991468699	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	37,52	40,52	53,11	53,11	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	15,93
1216	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991396688	2022-11-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,75	10,53	15,53	14,94	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	5,07
1217	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991396664	2022-11-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,50	21,06	29,28	29,28	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	8,78
1218	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991468651	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	28,14	30,39	40,98	40,98	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1219	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991249540	2022-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,60	11,45	16,50	14,94	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	6,04
1220	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991249618	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,28	22,98	31,32	29,88	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	10,40
1221	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991249885	2022-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,20	22,90	31,23	29,88	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	10,31
1222	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991249946	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	42,56	45,96	58,88	58,88	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	17,66
1223	Dutasteridum	Adadut, kaps. miękkie, 0.5 mg	30 szt.	05909991328696	2022-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,48	22,12	30,20	26,72	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	11,50
1224	Dutasteridum	Dutazyr, kaps. miękkie, 0.5 mg	30 szt.	05909991456351	2022-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	15,10	16,31	24,04	24,04	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	7,21
1225	Dutasteridum	Findarts, kaps. miękkie, 0.5 mg	30 szt.	05909991460495	2023-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	15,09	16,30	24,03	24,03	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	7,21
1226	Dutasteridum	Findarts, kaps. miękkie, 0.5 mg	90 szt.	05909991460501	2023-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	45,27	48,89	63,98	63,98	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	19,19
1227	Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum	Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg	30 szt.	05909991438715	2023-07-01	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	31,00	28,23	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	11,24
1228	Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum	Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg	90 szt.	05909991438746	2023-07-01	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	84,68	84,68	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	25,40

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1229	Empagliflozinum	Jardiance, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991138509	<1>2022-11-01/<2>2022-05-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	136,10	146,99	172,95	172,95	<1>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, - nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu, -otyłość; <2>Przewlekła niewydolność serca u dorosłych pacjentów z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory serca (LVEF≤40%) 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		30%	51,89
1230	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,34	4,69	7,04	5,58	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	4,66
1231	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,53	9,21	13,03	11,17	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	8,26
1232	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,03	8,67	12,48	11,17	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	7,71
1233	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,85	16,04	22,53	22,34	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	12,99

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1234	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	2,69	2,91	4,53	2,79	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	4,53
1235	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,39	5,82	8,17	5,58	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	5,79

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1236	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	254,44	274,80	308,08	171,80	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 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 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 odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej 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 żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	141,61

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1237	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	48,93	52,84	63,83	34,36	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 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 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 odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej 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 żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	32,67

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1238	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	96,46	104,18	121,73	68,72	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 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 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 odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej 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 żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	56,21

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1239	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	133,33	144,00	166,45	103,08	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 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 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 odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej 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 żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	66,57

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1240	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	171,66	185,39	211,82	137,44	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 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 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 odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej 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 żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	78,65

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1241	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	280,89	303,36	339,42	206,16	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 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 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 odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej 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 żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	139,66

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1242	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	333,28	359,94	400,63	257,70	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 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 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 odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej 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 żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	150,93

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1243	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05906395161096	2022-11-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	161,99	174,95	202,24	171,80	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 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 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 odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej 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 żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	35,77

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1244	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05906395161010	2022-11-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	30,40	32,83	42,61	34,36	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 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 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 odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej 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 żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	11,45

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1245	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05906395161034	2022-11-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	66,52	71,84	87,45	68,72	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 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 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 odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej 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 żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	21,93

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1246	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05906395161058	2022-11-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	98,04	105,88	126,04	103,08	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 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 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 odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej 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 żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	26,16

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1247	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05906395161072	2022-11-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	130,23	140,65	164,38	137,44	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 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 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 odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej 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 żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	31,21

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1248	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	189,00	204,12	234,23	206,16	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 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 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 odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej 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 żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	34,47

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1249	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	236,25	255,15	289,55	257,70	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 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 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 odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej 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 żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	39,85
1250	Enzyma pancreatis	Kreon 25 000, kaps. dojel., 25000 J.Ph.Eur.Lipazy	50 szt.	05909990042579	2022-01-01	3 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	46,30	50,00	63,46	62,99	Mukowiscydoza; Stan po resekcji trzustki		bezpłatny do limitu	0,47
1251	Ergotamini tartras	Ergotaminum Filofarm, tabl. drażowane, 1 mg	20 szt.	05909990211517	2022-01-01	3 lata	154.0, Leki przeciwmigrenowe - ergotamina	3,54	3,82	6,24	6,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,12
1252	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990926497	2022-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,66	6,11	9,27	8,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,13
1253	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991074975	2022-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,32	12,23	17,55	16,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,26

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1254	Esomeprazolum	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	25,25	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,82
1255	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990926534	2022-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,32	12,23	17,55	16,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,26
1256	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991074999	2022-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,64	24,45	33,16	33,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,58
1257	Esomeprazolum	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	47,30	47,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,65
1258	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990841332	2022-03-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,95	6,43	9,59	8,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,45
1259	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991195755	2023-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,10	11,99	17,30	16,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,01
1260	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990841363	2022-03-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,90	12,85	18,21	16,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,92
1261	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991195762	2023-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,20	23,98	32,65	32,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,33
1262	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt. (blister)	05909990876280	2022-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,67	6,12	9,28	8,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,14
1263	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909990876327	2021-09-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,31	12,21	17,54	16,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,25
1264	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	05903060619548	2022-03-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	16,97	18,33	25,64	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,21
1265	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt. (blister)	05909990876778	2022-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,36	12,27	17,59	16,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,30
1266	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909990876808	2021-09-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,61	24,42	33,13	33,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,57
1267	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	05903060619555	2022-03-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	33,94	36,66	48,04	48,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,02
1268	Esomeprazolum	Texibax, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991268275	2022-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,55	5,99	9,15	8,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,01
1269	Esomeprazolum	Texibax, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991268282	2022-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,10	11,99	17,30	16,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,01

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1270	Estradioli valeras + Medroxyprogesteroni acetas	Divina, tabl., 2 mg, 2+10 mg	21 szt.	05909990661411	2022-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	8,96	9,68	14,59	14,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,38
1271	Estradioli valeras + Norgestrelum	Cyclo-Progynova, tabl. powl., 2;2+0,5 mg	21 szt.	05909990304219	2022-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	4,80	5,18	10,05	10,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,02
1272	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 0.5 mg/0,5 g	28 sasz.	05909990447619	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	24,70	26,68	31,70	11,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	23,51
1273	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g	28 szasz. a 1g	05909990447718	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	31,00	33,48	41,25	23,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	24,88
1274	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g	28 szt.	05909991441678	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2021-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	22,50	24,30	31,52	23,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	15,15
1275	Estradiolum	Estrofem, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909990330713	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	10,40	11,23	16,23	16,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	4,87
1276	Estradiolum	Estrofem mite, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990823215	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	9,80	10,58	13,65	8,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	7,97
1277	Estradiolum	Oestrogel, żel, 0,75 mg/1,25 g	80 g	05909991456559	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	33,00	35,64	45,66	40,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	17,59

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1278	Estradiolum	Systen 50, system transdermalny, 3.2 mg	6 szt.	05909990169214	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	15,40	16,63	23,39	23,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	7,02
1279	Estradiolum + Drospirenonum	Angeliq, tabl. powl., 1+2 mg	28 szt.	05909990221073	2022-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	36,00	38,88	45,54	16,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	34,18
1280	Estradiolum + Dydrogesteronum	Femoston conti, tabl. powl., 1+5 mg	28 szt.	05909990973316	2022-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	19,40	20,95	26,53	16,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,17
1281	Estradiolum + Norethisteroni acetas	Kliogest, tabl. powl., 2+1 mg	28 szt.	05909990329717	2022-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	19,14	20,67	26,24	16,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,88
1282	Estradiolum + Norethisteroni acetas	Systen 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	38,94	23,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,57
1283	Estradiolum + Norethisteroni acetas	Systen Sequi, system transdermalny, plaster, 3,2; 3,2+11,2 mg	8 szt. (4 plastry Systen 50 + 4 plastry Systen 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	30,07	23,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,70
1284	Estradiolum + Norethisteronum	Activelle, tabl. powl., 1+0,5 mg	28 szt.	05909990451210	2022-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	19,80	21,38	27,00	16,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,64
1285	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	111,53	111,53	Gruźlica, w tym również gruźlica lekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
1286	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Levomine, tabl. powl., 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909990879458	2021-09-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,15	5,56	8,45	7,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,13
1287	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Levomine, tabl. powl., 30+150 µg	63 szt.	05909990879465	2022-03-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	14,50	15,66	22,24	22,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,67

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1288	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Microgynon 21, tabl. powl., 30+150 µg	21 szt.	05909990060016	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,30	5,72	8,61	7,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,29
1289	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Microgynon 21, tabl. powl., 30+150 µg	63 szt.	05909990060023	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	15,00	16,20	22,81	22,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,84
1290	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Rigevidon, tabl. drażowane, 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909991383817	2022-03-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,00	5,40	8,29	7,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,97
1291	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Rigevidon, tabl. powl., 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909990873319	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,20	5,62	8,51	7,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,19
1292	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Stediril 30, tabl. drażowane, 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909990072514	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,20	5,62	8,51	7,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,19
1293	Ethosuximidum	Petinimid, kaps., 250 mg	100 szt.	05909990244911	2022-01-01	3 lata	157.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - etosuksymid	45,50	49,14	62,65	62,65	Padaczka		ryczałt	3,20
1294	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0.25 mg	60 szt.	05909990211654	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - ewerolimus	362,19	391,17	439,40	439,40	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
1295	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0.5 mg	60 szt.	05909990211357	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - ewerolimus	751,00	811,08	894,68	894,68	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
1296	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0.75 mg	60 szt.	05909990211845	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - ewerolimus	1132,10	1222,67	1339,57	1339,57	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, 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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1297	Exemestanum	Glandex, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990812202	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	58,11	62,76	76,55	56,72	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	19,83
1298	Exemestanum	Symex, tabl. drażowane, 25 mg	30 szt.	05909991335489	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	58,00	62,64	76,42	56,72	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	19,70
1299	Ezetimibum	Esetin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991388669	2022-05-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,00	18,36	23,39	14,23	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	13,43
1300	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	13,28	13,28	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	3,98
1301	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	38,72	38,72	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	11,62

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1302	Ezetimibum	Ezehron, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991347161	2021-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	14,42	15,57	20,23	13,28	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	10,93
1303	Ezetimibum	Ezen, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991096229	2021-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	14,40	15,55	20,20	13,28	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	10,90
1304	Ezetimibum	Ezetimibe Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991414450	2021-05-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	8,34	9,01	13,27	13,27	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	3,98
1305	Ezetimibum	Ezoleta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991311407	2021-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	9,00	9,72	14,23	14,23	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	4,27
1306	Ezetimibum	Ezolip, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991304416	2021-09-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	20,40	22,03	27,28	14,23	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	17,32

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1307	Ezetimibum	Lipegis, tabletki, 10 mg	30 szt.	05909990996902	2022-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	16,95	18,31	23,34	14,23	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	13,38
1308	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991421601	2022-05-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,90	20,41	25,56	14,23	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%	15,60
1309	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+20 mg	30 szt.	05909991421564	2022-05-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,90	20,41	25,56	14,23	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%	15,60
1310	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+40 mg	30 szt.	05909991421526	2022-05-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,90	20,41	25,56	14,23	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%	15,60
1311	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powl., 10+10 mg	30 szt.	07613421054557	2023-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	14,17	15,30	20,15	14,23	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%	10,19

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1312	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powl., 10+20 mg	30 szt.	07613421054564	2023-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	14,17	15,30	20,15	14,23	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%	10,19
1313	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powl., 10+40 mg	30 szt.	07613421054571	2023-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	14,17	15,30	20,15	14,23	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%	10,19
1314	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990014835	2022-01-01	3 lata	1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	9,10	9,83	14,20	12,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,48
1315	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990014828	2022-01-01	3 lata	1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	17,11	18,48	25,84	25,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40
1316	Febuxostatum	Adenuric, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909990761562	2021-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	38,89	42,00	51,10	30,31	Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykemii 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%	35,95
1317	Febuxostatum	Adenuric, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909990761562	2021-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	38,89	42,00	51,10	30,31	Leczenie przewlekłej hiperurykemii 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%	29,88
1318	Febuxostatum	Adenuric, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990761548	2021-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	36,45	39,37	46,67	20,20	Leczenie przewlekłej hiperurykemii 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%	32,53

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1319	Febuxostatum	Denofix, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909991391607	<1>2023-03-01/<2>2021-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	39,89	43,08	52,24	30,31	<1>Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykemii 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%	37,09
1320	Febuxostatum	Denofix, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909991391607	<1>2023-03-01/<2>2021-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	39,89	43,08	52,24	30,31	<2>Leczenie przewlekłej hiperurykemii 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%	31,02
1321	Febuxostatum	Denofix, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991391522	2021-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	26,59	28,72	35,39	20,20	Leczenie przewlekłej hiperurykemii 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%	21,25
1322	Febuxostatum	Febuxostat Aurovitas, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909991391942	2023-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	37,87	40,90	49,93	30,31	Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykemii 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%	34,78
1323	Febuxostatum	Febuxostat Aurovitas, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909991391942	2023-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	37,87	40,90	49,93	30,31	Leczenie przewlekłej hiperurykemii 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%	28,71
1324	Febuxostatum	Febuxostat Aurovitas, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991391874	2023-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	25,25	27,27	33,85	20,20	Leczenie przewlekłej hiperurykemii 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%	19,71

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1325	Febuxostatum	Febuxostat Krka, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	03838989705145	2021-07-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	39,86	43,05	52,21	30,31	Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykemii 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%	37,06
1326	Febuxostatum	Febuxostat Krka, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	03838989705145	2021-07-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	39,86	43,05	52,21	30,31	Leczenie przewlekłej hiperurykemii 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%	30,99
1327	Febuxostatum	Febuxostat Krka, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	03838989705152	2021-07-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	26,57	28,70	35,35	20,20	Leczenie przewlekłej hiperurykemii 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%	21,21
1328	Febuxostatum	Prohidna, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991402952	2021-05-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	25,25	27,27	33,85	20,20	Leczenie przewlekłej hiperurykemii 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%	19,71
1329	Felodipinum	Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	28 szt.	05909990344918	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	15,06	16,26	21,57	16,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,25
1330	Felodipinum	Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	28 szt.	05909990344819	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,18	12,07	15,24	8,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,58
1331	Fenofibrate	Biofibrat, kaps. twarde, 200 mg	30 szt.	05909990754496	2022-03-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	14,15	15,28	21,15	19,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,85
1332	Fenofibratum	Apo-Feno 200 M, kaps. twarde, 200 mg	30 szt.	05909990909414	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	12,87	13,90	19,68	19,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,38
1333	Fenofibratum	Biofibrat, kaps. twarde, 267 mg	30 szt.	05909990754526	2022-05-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	18,89	20,40	27,77	25,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,02
1334	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 160 mg	30 szt.	05909990713974	2023-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	14,40	15,55	21,43	19,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,13

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1335	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 267 mg	30 szt.	05909990611065	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	19,05	20,57	27,96	25,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,21
1336	Fenofibratum	Grofibrat, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990109814	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	10,47	11,31	16,34	15,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,26
1337	Fenofibratum	Grofibrat 200, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990492114	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	12,87	13,90	19,68	19,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,38
1338	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	30 szt.	05907594032309	2022-03-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	17,16	18,53	26,60	26,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,98
1339	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	60 szt.	05907594032408	2022-03-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	34,32	37,07	49,44	49,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,83
1340	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	90 szt.	05907594032507	2022-03-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	51,48	55,60	71,49	71,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,45
1341	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	30 szt.	05909991212339	2021-07-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	12,57	13,58	19,34	19,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,04
1342	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	60 szt.	05907594031500	2021-05-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	25,40	27,43	36,74	36,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,02
1343	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	90 szt.	05907594031609	2021-05-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	38,00	41,04	53,17	53,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,95
1344	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	30 szt.	05909991201173	2021-07-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	16,78	18,12	25,36	25,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,61
1345	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	60 szt.	05907594031708	2021-05-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	34,32	37,07	48,40	48,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,52
1346	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	90 szt.	05907594031807	2021-05-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	51,48	55,60	70,05	70,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,02
1347	Fenofibratum	Lipanthyl 200M, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990687947	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	16,50	17,82	23,84	19,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,54
1348	Fenofibratum	Lipanthyl 267M, kaps., 267 mg	30 szt.	05909990492817	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	22,59	24,40	32,02	25,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,27
1349	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 160, tabl. powl., 160 mg	30 szt.	05909990903917	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	17,00	18,36	24,41	19,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,11
1350	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 215 mg, tabl. powl., 215 mg	30 szt.	05909990431342	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	22,69	24,51	32,12	25,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,37

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1351	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414	2022-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	17,98	19,42	24,46	14,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,87
1352	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	23,90	25,81	30,33	10,02	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	23,51
1353	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	25,15	27,16	33,88	20,04	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	30%	19,85
1354	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05909991455965	2022-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	351,00	379,08	429,63	429,63	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1355	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05909991455989	2022-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	351,00	379,08	429,63	429,63	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1356	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 szt.	05909991456009	2022-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	351,00	379,08	429,63	429,63	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1357	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990765713	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	75,00	81,00	101,88	101,88	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1358	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990765416	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	28,35	30,62	40,80	39,24	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	4,76
1359	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990765515	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	45,00	48,60	63,54	63,54	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1360	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990765614	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	60,00	64,80	83,04	83,04	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1361	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05909990643011	2021-09-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	472,00	509,76	568,16	568,16	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1362	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05909990643035	2022-01-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	472,00	509,76	568,16	568,16	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1363	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 szt.	05909990643059	2022-01-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	472,00	509,76	568,16	568,16	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1364	Fentanylum	Fenta MX 50, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990054626	2021-07-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	50,00	54,00	69,26	69,26	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1365	Fentanylum	Fenta MX 75, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990054664	2021-07-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	75,00	81,00	100,21	100,21	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1366	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	10 szt.	05909991204853	2021-11-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	201,60	217,73	251,09	251,09	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	6,40
1367	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	5 szt.	05909990000098	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	99,20	107,14	129,58	129,58	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1368	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 25 µg/h	10 szt.	05909991204822	2021-11-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	51,90	56,05	71,43	71,43	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1369	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	10 szt.	05909991204839	2021-11-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	101,50	109,62	132,22	132,22	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1370	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	5 szt.	05909990000050	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	50,00	54,00	69,26	69,26	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1371	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	10 szt.	05909991204846	2021-11-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	151,00	163,08	191,31	191,31	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	4,80
1372	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	5 szt.	05909990000081	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	74,05	79,97	99,12	99,12	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1373	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but.po 2,9 ml (20 daw.)	05909990699735	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	328,85	355,16	399,57	399,57	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	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
1374	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308193	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	645,00	696,60	761,50	411,03	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	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	353,67
1375	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę	1 but.po 5 ml (40 daw.)	05909990699889	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	663,21	716,27	791,76	791,76	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	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
1376	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308209	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	645,00	696,60	770,92	770,92	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	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
1377	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę	1 but.po 1,8 ml (10 daw.)	05909990699643	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	161,67	174,60	203,11	203,11	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1378	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę	1 but.po 3,2 ml (20 daw.)	05909991308131	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	322,50	348,30	387,23	205,51	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	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	184,92
1379	Fentanylum	Matrifen 100 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990043330	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	105,00	113,40	136,22	136,22	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1380	Fentanylum	Matrifen 12 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 12 µg/h	5 szt.	05909990043163	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	12,60	13,61	19,78	18,83	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	4,15
1381	Fentanylum	Matrifen 25 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990043279	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	26,25	28,35	38,41	38,41	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1382	Fentanylum	Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990043385	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	52,50	56,70	72,12	72,12	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1383	Fentanylum	Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990043224	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	78,75	85,05	104,51	104,51	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
1384	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955503	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	129,00	139,32	164,41	164,41	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1385	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955527	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	520,00	561,60	624,49	624,49	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	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
1386	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955541	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	129,00	139,32	164,41	164,41	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	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
1387	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955558	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	520,00	561,60	624,49	624,49	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	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
1388	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 133 µg	30 szt.	05909991074647	2021-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	507,00	547,56	609,28	608,74	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,74
1389	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 267 µg	30 szt.	05909991074685	2021-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	507,00	547,56	609,28	608,74	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,74

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1390	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 400 µg	30 szt.	05909991074739	2021-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	507,00	547,56	609,28	608,74	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,74
1391	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 533 µg	30 szt.	05909991074777	2021-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	507,00	547,56	609,28	608,74	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,74
1392	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 67 µg	30 szt.	05909991074593	2021-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	507,00	547,56	609,28	608,74	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,74
1393	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 800 µg	30 szt.	05909991074821	2021-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	507,00	547,56	609,28	608,74	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,74
1394	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713846	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	52,60	56,81	68,15	32,97	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	38,38

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1395	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713860	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	133,91	144,62	170,28	164,87	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	8,61
1396	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726068	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	192,35	207,74	239,02	230,82	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	11,40
1397	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713853	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	88,60	95,69	111,66	52,76	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	62,10
1398	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713877	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	223,10	240,95	275,07	263,79	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
1399	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726075	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	317,92	343,35	386,31	369,31	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	20,20
1400	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687787	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	134,69	145,47	171,17	164,87	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	9,50
1401	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687848	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	213,25	230,31	263,79	263,79	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
1402	Finasteridum	Adaster, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990711949	2022-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,19	21,81	29,86	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,34

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1403	Finasteridum	Adaster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990711987	2022-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	60,57	65,42	81,49	80,15	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,94
1404	Finasteridum	Androster, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990055470	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,33	21,96	30,02	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,50
1405	Finasteridum	Androster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990906154	2022-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	60,99	65,87	81,97	80,15	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,42
1406	Finasteridum	Antiprost, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990067770	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,18	21,79	29,85	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,33
1407	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990048670	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,41	22,04	30,11	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,59
1408	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990938797	2021-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	59,97	64,77	80,81	80,15	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,26
1409	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991222673	2021-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	13,50	14,58	22,20	22,20	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1410	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991282288	2022-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	16,96	18,32	26,17	26,17	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1411	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990713127	2022-03-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,37	22,00	30,07	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,55
1412	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990713141	2022-03-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	61,11	66,00	82,11	80,15	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,56

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1413	Finasteridum	Finaran, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990082391	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,85	20,36	28,33	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,81
1414	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05909991207311	2022-05-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	79,20	85,54	104,55	104,55	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,80
1415	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909991151218	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,47	22,11	30,19	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,67
1416	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990811045	2022-05-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	59,40	64,15	80,15	80,15	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1417	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991096571	2021-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	13,50	14,58	22,20	22,20	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1418	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991096601	2021-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	40,49	43,73	58,50	58,50	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1419	Finasteridum	Finpros 5 mg, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990017973	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,95	20,47	28,45	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,93
1420	Finasteridum	Finxta, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990050895	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,09	20,62	28,38	24,94	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,64
1421	Finasteridum	Hyplafin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990017997	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,15	21,76	29,82	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,30
1422	Finasteridum	Penester, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990077267	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,94	21,54	29,58	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,06

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1423	Finasteridum	Penester, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990077274	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	59,04	63,76	79,74	79,74	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1424	Finasteridum	Proscar, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990362110	2019-01-01	5 lat	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,48	22,12	29,97	24,94	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,23
1425	Finasteridum	Symasteride, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990074105	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,90	20,41	28,38	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,86
1426	Finasteridum	Symasteride, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991107871	2023-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	53,25	57,51	73,12	73,12	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1427	Finasteridum	Uronezyr, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991088842	2022-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	17,90	19,33	27,24	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,72
1428	Finasteridum	Zasterid, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991053710	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,50	19,98	27,70	24,94	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,96
1429	Fluconazolum	Candifluc/Fluconazolum Aflofarm, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	05909991257804	2021-07-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	18,00	19,44	27,74	27,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,87
1430	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990662388	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	72,79	78,61	95,01	79,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	55,26
1431	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990662371	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	18,19	19,65	26,13	19,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,19
1432	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 150 mg	1 szt.	05909990490615	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	3,89	4,20	6,28	4,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,15

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1433	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 150 mg	3 szt.	05907529466339	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	8,02	8,66	13,09	12,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,70
1434	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991283247	2022-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	30,00	32,40	42,44	39,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,57
1435	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	14 szt.	05909990490523	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	18,19	19,65	26,13	19,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,19
1436	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990490516	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	9,07	9,80	13,50	9,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,53
1437	Fluconazolum	Fluconazin, syrop, 5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909991097219	2022-01-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	22,00	23,76	32,32	32,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,16
1438	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991462932	2022-11-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	47,00	50,76	65,49	65,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	32,75
1439	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991462871	2022-11-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	11,75	12,69	18,77	18,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,39
1440	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991463151	2022-11-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	23,50	25,38	35,00	35,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,50
1441	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991262679	2023-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	55,08	59,49	74,73	74,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	37,37
1442	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991262617	2023-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	14,10	15,23	21,46	19,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1443	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991262488	2023-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	14,10	15,23	21,46	19,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,52
1444	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991262457	2023-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	7,05	7,61	11,27	9,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,30
1445	Fluconazolum	Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	05909991273798	2022-09-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	22,00	23,76	32,32	32,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,16
1446	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	28 szt.	05909990780181	2021-05-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	62,44	67,44	83,17	79,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	43,42
1447	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	7 szt.	05909990859719	2021-05-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,70	16,96	23,28	19,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,34
1448	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	1 szt.	05909990017874	2021-05-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	3,33	3,60	5,68	4,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,55
1449	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	3 szt.	05909990017881	2021-05-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	10,00	10,80	15,34	12,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,95
1450	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	14 szt.	05909991022556	2021-03-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	61,20	66,10	81,74	79,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	41,99
1451	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	7 szt.	05909991022549	2021-03-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	30,61	33,06	43,15	39,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,28
1452	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990859511	2021-05-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	22,00	23,76	32,32	32,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,16

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1453	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	14 szt.	05909990859610	2021-05-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,62	16,87	23,19	19,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,25
1454	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	7 szt.	05909990859672	2021-05-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	7,81	8,43	12,09	9,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,12
1455	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991423452	2022-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	11,80	12,74	18,82	18,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,41
1456	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991423506	2022-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	23,60	25,49	35,12	35,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,56
1457	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991423445	2022-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	11,86	12,81	18,89	18,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,45
1458	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990869756	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	58,24	62,90	78,35	78,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	39,18
1459	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990869732	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	14,56	15,72	21,97	19,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,03
1460	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909990869763	2022-03-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	3,07	3,32	5,40	4,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,27
1461	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	7 szt.	05909991365745	2022-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	19,60	21,17	29,35	29,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,68
1462	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909990869770	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	29,12	31,45	41,44	39,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,57

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1463	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909990869695	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	14,56	15,72	21,97	19,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,03
1464	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909990869688	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	7,28	7,86	11,52	9,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,55
1465	Fluconazolum	Fluxazol, 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	21,14	19,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,20
1466	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909991388287	2023-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	2,68	2,89	4,97	4,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,84
1467	Fluconazolum	Fluxazol, 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	39,75	39,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,88
1468	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991388263	2023-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	6,25	6,75	10,41	9,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,44
1469	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990980611	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	62,70	67,72	83,46	79,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	43,71
1470	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	7 szt.	05909990642533	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	13,80	14,90	21,11	19,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,17
1471	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 200 mg	7 szt.	05909991118914	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	29,00	31,32	41,30	39,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,43
1472	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990980512	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	6,55	7,07	10,73	9,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,76
1473	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885	2023-11-01	3 lata	80.0, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - mineralokortykoidy - fludrokortyzon	9,65	10,42	15,16	15,16	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1474	Fluoxetinum	Andepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991065515	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,60	14,69	19,62	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,74
1475	Fluoxetinum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990372317	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	14,17	15,30	20,27	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,39
1476	Fluoxetinum	Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990776955	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	10,70	11,56	16,12	13,17	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,90
1477	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,99	15,11	20,07	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,19
1478	Fluoxetinum	Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg	30 tabl.	05909991317621	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	9,58	10,35	15,01	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,13
1479	Fluoxetinum	Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990742509	2022-05-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	9,45	10,21	14,87	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,99
1480	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909990374328	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	35,90	38,77	46,95	23,52	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	30,49
1481	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990374311	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	11,90	12,85	15,86	7,06	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,92
1482	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powl., 0.5 mg	50 szt.	05909991074258	2021-05-01	3 lata	179.1, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,00	15,12	18,18	6,48	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	14,90
1483	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powl., 3 mg	50 szt.	05909991074296	2021-05-01	3 lata	179.1, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,00	29,16	38,90	38,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,20
1484	Flupentixolum	Fluanxol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990127214	2022-01-01	3 lata	179.2, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania pozajelitowego	10,90	11,77	16,94	16,94	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,20
1485	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909990941612	2022-01-01	3 lata	131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej	15,94	17,22	24,18	21,92	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,26

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1486	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg	90 szt.	05909990941629	2022-01-01	3 lata	131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej	47,96	51,80	65,75	65,75	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1487	Flutamidum	Flutamid Egis, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990139217	2022-01-01	3 lata	131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej	50,00	54,00	68,69	68,69	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1488	Fluticasoni furoas + Umeclidinium + Vilanterolum	Trelegy Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 92+55+22 µg/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 30 dawek	05909991350635	2022-05-01	2 lata	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	190,00	205,20	235,72	205,27	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%	92,03
1489	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 poj. po 120 daw.	05908289660371	2021-05-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	22,00	23,76	31,22	25,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,36
1490	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę donosową	1 poj. po 120 daw.	05909990570720	2022-01-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	11,00	11,88	16,22	12,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,79
1491	Fluticasoni propionas	Flixonase, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	poj. 10 ml (120 dawek)	05909990933839	2022-05-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	11,05	11,93	16,28	12,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,85
1492	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	120 daw.	05909990851423	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	49,50	53,46	64,10	30,50	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	36,80
1493	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	60 daw.	05909990851416	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	25,00	27,00	33,37	15,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	21,32
1494	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	120 daw.	05909990851522	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	78,96	85,28	101,19	61,00	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	45,52
1495	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	60 daw.	05909990851515	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	49,00	52,92	63,53	30,50	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	36,23
1496	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	22,32	24,11	29,62	12,20	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,62

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1497	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	22,77	24,59	30,14	12,20	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	21,14
1498	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	46,06	49,74	60,16	30,50	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	32,86
1499	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	15,28	16,50	19,75	6,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	16,85
1500	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	82,50	89,10	105,24	61,00	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	49,57
1501	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401771	2021-11-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	24,00	25,92	34,91	30,50	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,61
1502	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401788	2021-11-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	48,00	51,84	65,74	61,00	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,07
1503	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	75,53	61,00	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,86
1504	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	30,79	33,25	42,68	30,50	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	15,38
1505	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	144,27	121,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	32,95
1506	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	56,85	61,40	75,87	61,00	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,20
1507	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915	2021-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	63,75	68,85	85,30	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,18
1508	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991442064	2021-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	65,60	70,85	87,41	78,32	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1509	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931	2022-11-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	66,00	71,28	87,87	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,75
1510	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955	2022-11-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	79,50	85,86	104,54	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,75
1511	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870	2023-11-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	52,90	57,13	71,96	71,94	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,22
1512	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523	2022-07-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	158,40	171,07	199,27	199,27	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1513	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887	2023-11-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	66,00	71,28	87,87	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,75
1514	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530	2022-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	191,25	206,55	237,65	234,97	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,68
1515	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894	2023-11-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	79,50	85,86	104,54	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,75
1516	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547	2022-07-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	237,00	255,96	291,16	281,96	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	18,80
1517	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	71,84	71,84	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1518	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	85,27	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,15
1519	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	103,95	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,16
1520	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670	2022-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	73,92	79,83	96,94	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	21,82
1521	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687	2022-07-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	89,04	96,16	115,46	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	24,67
1522	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763	2021-05-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	65,98	71,26	87,85	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,73
1523	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770	2021-05-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	79,48	85,84	104,52	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,73
1524	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787	2021-05-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	52,88	57,11	71,93	71,93	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1525	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732	2021-09-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	52,80	57,02	71,85	71,85	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1526	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749	2021-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	65,60	70,85	87,41	78,32	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1527	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756	2021-09-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	79,00	85,32	103,97	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,18
1528	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 120 dawek	05909991403959	2021-03-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	65,99	71,27	87,86	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,74
1529	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 inhalator 120 dawek	05909991403966	2021-03-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	79,49	85,85	104,53	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,74
1530	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 inhalator 120 dawek	05909991403898	2021-03-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	52,89	57,12	71,94	71,94	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1531	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	89,01	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,89
1532	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	106,83	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	16,04
1533	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900	2021-03-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	53,75	58,05	72,94	71,94	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	4,20
1534	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924	2021-03-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	70,20	75,82	92,67	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	17,55
1535	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931	2021-03-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	86,00	92,88	111,98	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	21,19

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1536	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014	2022-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	75,00	81,00	98,17	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	23,05
1537	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113	2022-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	99,00	106,92	126,87	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	36,08
1538	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918	2022-01-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	59,98	64,78	80,07	71,94	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	11,33
1539	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422	2022-01-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	57,46	62,06	77,18	71,94	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,44
1540	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521	2022-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	66,00	71,28	87,87	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,75
1541	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620	2022-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	80,50	86,94	105,69	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	14,90
1542	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991078980	2022-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	65,50	70,74	87,29	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,17
1543	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991079055	2022-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	79,50	85,86	104,54	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,75
1544	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	83,01	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,89

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1545	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	99,96	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,17
1546	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, proszek do inhalacji, podzielony, 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	65,89	65,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1547	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990347827	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	30,00	32,40	38,39	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	28,51
1548	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909990347728	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	30,00	32,40	38,39	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	28,51
1549	Folitropinum delta	Rekovelle, roztwór do wstrzykiwań, 12 µg/0,36 ml	1 wstrzykiwacz 0,36 ml + 3 igły	05909991343019	2022-03-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	249,00	268,92	304,53	262,83	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 mlU/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		ryczałt	44,90
1550	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	2022-03-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1494,00	1613,52	1756,52	1576,99	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 mlU/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		ryczałt	182,73

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1551	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 150 j.m./0,25 ml	1 wstrzykiwacz po 0,25 ml	05997001308486	2021-03-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	139,82	151,01	177,32	175,23	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 mlU/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 mlU/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		ryczałt	5,29

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1552	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 225 j.m./0,375 ml	1 wstrzykiwacz po 0,375 ml	05997001308493	2021-03-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	209,72	226,50	259,55	259,55	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 mlU/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 mlU/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		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1553	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m./0,5 ml	1 wstrzykiwacz po 0,5 ml	05997001308509	2021-03-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	279,61	301,98	341,74	341,74	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 mlU/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 mlU/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		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1554	Follitropinum alfa	Gonal-f, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie do wstrzykiwacza półautomatycznego , 300 j.m. (IU)/0,5 ml (22 µg/0,5 ml)	1 wstrzykiwacz	05909990007257	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	298,00	321,84	362,79	350,43	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 mlU/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 mlU/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		ryczałt	15,56

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1555	Follitropinum alfa	Gonal-f, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 75 j.m. (IU) (5,5 µg)	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp.	05909990697304	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	74,50	80,46	98,54	87,60	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 mlU/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 mlU/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		ryczałt	14,14

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1556	Follitropinum alfa	Gonal-f, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie do wstrzykiwacza półautomatycznego, 900 j.m. (IU)/1,5 ml (66 µg/1,5 ml)	1 wstrzykiwacz	05909990007240	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	894,00	965,52	1060,16	1051,33	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 mlU/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 mlU/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		ryczałt	12,03

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1557	Follitropinum alfa	Ovaleap, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m./0,5 ml	1 wkład 0,5ml + 10 igieł iniekcyjnych	05909991088125	2022-09-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	256,34	276,85	315,10	315,10	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 mlU/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 mlU/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		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1558	Follitropinum alfa	Ovaleap, roztwór do wstrzykiwań, 900 j.m./1,5 ml	1 wkład 1,5ml + 20 igieł iniekcyjnych	05909991088149	2022-09-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	770,96	832,64	919,31	919,31	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 mlU/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 mlU/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		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1559	Follitropinum beta	Puregon, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m.	1 wkł.	05909990339754	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	256,00	276,48	314,71	314,71	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 mlU/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 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli		ryczałt	3,20
1560	Follitropinum beta	Puregon, roztwór do wstrzykiwań, 600 j.m.	1 wkł.	05909990339761	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	512,00	552,96	616,47	616,47	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 mlU/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 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1561	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990792924	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	44,40	47,95	61,26	58,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,30
1562	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	180 szt.	07613421020934	2021-11-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	127,50	137,70	162,95	162,95	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,60
1563	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 kaps.	05909990937981	2022-11-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	88,99	96,11	116,32	116,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1564	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990975914	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	44,80	48,38	61,73	58,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,77
1565	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	89,87	97,06	117,32	116,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,40
1566	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	44,00	47,52	60,81	58,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	5,85
1567	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	120 szt.	05909991218287	2022-03-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	88,96	96,08	116,28	116,28	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1568	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	180 szt.	05909991218294	2022-03-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	133,46	144,14	169,78	169,78	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,60
1569	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446	2021-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	89,90	97,09	117,35	116,32	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,43
1570	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4.5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	29,45	31,81	40,89	29,08	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	15,01
1571	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	38,80	41,90	54,86	54,86	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1572	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990996681	2022-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	88,99	96,11	116,32	116,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1573	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 kaps.	05909990849000	2022-05-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	44,94	48,54	61,89	58,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,93

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1574	Formoteroli fumaras dihydricus + Glycopyrronium + Budesonidum	Trixeo Aerosphere, aerozol inh., zawiesina, 5+7,2+160 µg	1 poj. a 120 daw.	05000456071505	2023-07-01	2 lata	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	210,75	227,61	259,48	205,27	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%	115,79
1575	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215	2022-01-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	3,35	3,62	5,87	5,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,16
1576	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238	2021-11-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	6,69	7,23	10,84	10,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,42
1577	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235	2022-01-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	3,35	3,62	5,87	5,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,16
1578	Furazidinum	Furazek, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991304102	2022-05-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	6,70	7,24	10,85	10,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,43
1579	Furosemidum	Furosemid Medreg, tabl., 40 mg	30 szt.	08595566451974	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	37.0, Leki moczopędne - pętlowe	4,05	4,37	7,60	7,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	3,20
1580	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 x 10)	05909990223794	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2021-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	37.0, Leki moczopędne - pętlowe	5,85	6,32	9,55	9,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	3,39
1581	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2021-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	37.0, Leki moczopędne - pętlowe	5,68	6,13	9,36	9,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	3,20
1582	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909991331108	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	11,00	11,88	17,37	16,89	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,68

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1583	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991331153	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	33,00	35,64	47,25	47,25	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1584	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991331207	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	44,00	47,52	61,22	61,22	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1585	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990339495	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	14,50	15,66	21,38	16,89	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	7,69
1586	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991425340	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	32,35	34,94	46,50	46,50	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1587	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990339709	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	36,00	38,88	50,68	50,68	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1588	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990339600	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	49,30	53,24	67,29	67,29	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1589	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 600 mg	100 szt.	05909990338542	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	76,00	82,08	100,47	100,47	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,56
1590	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 800 mg	100 szt.	05909990338658	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	104,00	112,32	133,91	133,91	Padaczka oporna 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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1591	Gabapentinum	Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990769216	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	15,75	17,01	22,82	16,89	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	9,13
1592	Gabapentinum	Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990769315	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	46,90	50,65	63,16	50,68	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	15,68
1593	Gabapentinum	Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990769414	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	61,80	66,74	81,60	67,57	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	17,23
1594	Gabapentinum	Neurontin 600, tabl. powl., 600 mg	100 szt.	05909991017422	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	90,70	97,96	117,30	101,36	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	19,50
1595	Gabapentinum	Neurontin 800, tabl. powl., 800 mg	100 szt.	05909991017521	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	105,30	113,72	135,40	135,15	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	4,99
1596	Ganirelixum	Ganirelix Gedeon Richter, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 0.25 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05997001372043	2022-11-01	3 lata	78.1, Hormony przysadki i podwzgórza – antygonadotropiny uwalniające hormony	73,00	78,84	97,10	97,10	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli		50%	48,55
1597	Ganirelixum	Orgalutran, roztwór do wstrzykiwań, 0.25 mg	1 amp.-strz.	05909990880911	2021-07-01	3 lata	78.1, Hormony przysadki i podwzgórza – antygonadotropiny uwalniające hormony	97,50	105,30	125,15	97,10	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli		50%	76,60
1598	Gentamicinum	Gentamicin WZF 0,3%, krople do oczu, roztwór, 3 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990092413	2022-01-01	3 lata	208.0, Antybiotyki aminoglikozydowe do stosowania do oczu	5,50	5,94	9,10	9,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,55
1599	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	12,09	9,83	Cukrzyca		ryczałt	5,46

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1600	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	12,09	9,83	Cukrzyca		ryczałt	5,46
1601	Gliclazidum	Diabrezide, tabl., 80 mg	40 szt.	05909990359912	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,95	8,59	11,19	6,55	Cukrzyca		ryczałt	7,84
1602	Gliclazidum	Diagen, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991216023	2022-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,00	8,64	12,09	9,83	Cukrzyca		ryczałt	5,46
1603	Gliclazidum	Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990443017	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	19,25	20,79	24,95	9,83	Cukrzyca		ryczałt	18,32
1604	Gliclazidum	Diazidan, tabl., 80 mg	60 szt.	05909990911127	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	12,25	13,23	16,94	9,83	Cukrzyca		ryczałt	10,31
1605	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990647224	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,10	11,99	15,62	9,83	Cukrzyca		ryczałt	8,99
1606	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	90 szt.	05909990647231	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	16,65	17,98	23,16	14,74	Cukrzyca		ryczałt	13,22
1607	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991056100	2021-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,00	11,88	15,50	9,83	Cukrzyca		ryczałt	8,87
1608	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991056131	2021-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	22,00	23,76	30,20	19,65	Cukrzyca		ryczałt	16,95
1609	Gliclazidum	Gliclada, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 szt.	05909991267230	2022-05-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	17,89	19,32	24,58	14,74	Cukrzyca		ryczałt	14,64
1610	Gliclazidum	Glikuron, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991256548	2021-09-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,40	9,07	12,52	9,83	Cukrzyca		ryczałt	5,89
1611	Gliclazidum	Glikuron, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991263171	2021-09-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	16,80	18,14	24,24	19,65	Cukrzyca		ryczałt	10,99
1612	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 tabl.	05909991226299	2022-09-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,10	11,99	15,62	9,83	Cukrzyca		ryczałt	8,99

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1613	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 tabl.	05909991226305	2022-09-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	22,20	23,98	30,42	19,65	Cukrzyca		ryczałt	17,17
1614	Gliclazidum	Salson, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991267186	2021-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,25	8,91	12,36	9,83	Cukrzyca		ryczałt	5,73
1615	Gliclazidum	Salson, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991267193	2021-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	16,50	17,82	23,90	19,65	Cukrzyca		ryczałt	10,65
1616	Gliclazidum	Symazide MR 30, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991291648	2022-03-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,10	8,75	12,20	9,83	Cukrzyca		ryczałt	5,57
1617	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	13,05	9,83	Cukrzyca		ryczałt	6,42
1618	Gliclazidum	Symazide MR 60 mg, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991257408	2022-03-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	16,20	17,50	23,55	19,65	Cukrzyca		ryczałt	10,30
1619	Glimepiridum	Amaryl 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990744817	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	4,13	4,46	6,63	4,91	Cukrzyca		ryczałt	4,92
1620	Glimepiridum	Amaryl 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990744916	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,20	7,78	11,23	9,83	Cukrzyca		ryczałt	4,60
1621	Glimepiridum	Amaryl 3, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990745012	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,80	12,74	17,61	14,74	Cukrzyca		ryczałt	7,67
1622	Glimepiridum	Amaryl 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990745111	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,00	11,88	17,60	17,60	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1623	Glimepiridum	Diaril, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990566082	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	3,55	3,83	6,00	4,91	Cukrzyca		ryczałt	4,29
1624	Glimepiridum	Diaril, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990566105	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	6,15	6,64	10,09	9,83	Cukrzyca		ryczałt	3,46
1625	Glimepiridum	Diaril, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990566129	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,77	9,47	14,14	14,14	Cukrzyca		ryczałt	4,80

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1626	Glimepiridum	Diaril, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990566143	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,95	11,83	17,55	17,55	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1627	Glimepiridum	Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg	30 szt.	05909991097615	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	3,59	3,88	6,05	4,91	Cukrzyca		ryczałt	4,34
1628	Glimepiridum	Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991097516	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,27	7,85	11,30	9,83	Cukrzyca		ryczałt	4,67
1629	Glimepiridum	Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991097417	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,69	11,55	16,34	14,74	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1630	Glimepiridum	Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991097318	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	12,79	13,81	19,65	19,65	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1631	Glimepiridum	GlimeHexal 1, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990337453	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	2,75	2,97	5,14	4,91	Cukrzyca		ryczałt	3,43
1632	Glimepiridum	GlimeHexal 2, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990337521	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	5,50	5,94	9,39	9,39	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1633	Glimepiridum	GlimeHexal 3, tabl., 3 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338078	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,25	8,91	13,55	13,55	Cukrzyca		ryczałt	4,80
1634	Glimepiridum	GlimeHexal 4, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338146	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,95	11,83	17,55	17,55	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1635	Glimepiridum	GlimeHexal 6, tabl., 6 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338207	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	16,70	18,04	25,77	25,77	Cukrzyca		ryczałt	9,60
1636	Glimepiridum	Symglic, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990570348	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	2,52	2,72	4,89	4,89	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1637	Glimepiridum	Symglic, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990570355	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	5,16	5,57	9,02	9,02	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1638	Glimepiridum	Symglic, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990570362	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,11	7,68	12,32	12,32	Cukrzyca		ryczałt	4,80

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1639	Glimepiridum	Symglic, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990573196	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,00	10,80	16,46	16,46	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1640	Glimepiridum	Symglic, tabl., 6 mg	30 szt.	05909990570379	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	16,49	17,81	25,53	25,53	Cukrzyca		ryczałt	9,60
1641	Glipizidum	Glipizide BP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990791712	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	9,00	9,72	11,93	4,91	Cukrzyca		ryczałt	10,22
1642	Glucagoni hydrochloridum	GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05909990693313	2022-01-01	3 lata	85.0, Hormony trzustki - glukagon	47,95	51,79	65,74	65,74	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1643	Glyceroli trinitras	Nitromint, aerozol podjęzykowy, roztwór, 0.4 mg/dawkę	11 g (200 daw.)	05909990156825	2022-01-01	3 lata	33.2, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - trójazotan glicerolu - produkty o natychmiastowym działaniu	11,84	12,79	18,29	18,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,41
1644	Glyceroli trinitras	Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6.5 mg	30 szt.	05909990183036	2022-01-01	3 lata	33.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - trójazotan glicerolu - do podawania doustnego	5,30	5,72	8,80	8,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,16
1645	Glycopyrronii bromidum	Seebri Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 44 µg	30 kaps. + 1 inhalator	05909991000882	2022-09-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	71,25	76,95	95,44	95,44	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	28,63
1646	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 10.8 mg	1 szt.	05909991256210	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	436,50	471,42	525,75	525,75	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
1647	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 3.6 mg	1 szt.	05909991256197	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	138,60	149,69	175,95	175,95	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1648	Goserelinum	Xanderla, implant w amp.-strz., 3.6 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335564	2021-03-01 - dla kolumny 13, 2021-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	140,00	151,20	177,55	175,95	<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	4,80
1649	Goserelinum	Xanderla LA, implant w amp.-strz., 10.8 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335595	2021-03-01 - dla kolumny 13, 2021-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	420,00	453,60	506,86	506,86	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
1650	Goserelinum	Zoladex, implant podskórny, 3.6 mg	1 amp.-strz.	05909990082315	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	193,50	208,98	238,80	175,95	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	66,05
1651	Goserelinum	Zoladex LA, implant podskórny, 10.8 mg	1 amp.-strz.	05909990783212	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	608,87	657,58	723,07	527,85	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	204,18
1652	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2021-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	177.3, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania pozajelitowego	29,72	32,10	42,47	42,47	x	choroba Huntingtona	30%	12,74
1653	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311	2021-07-01	3 lata	177.3, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania pozajelitowego	29,72	32,10	42,47	42,47	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1654	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412	2022-01-01	3 lata	177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,38	3,65	6,01	6,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,80
1655	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412	2022-01-01	3 lata	177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,38	3,65	6,01	6,01	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1656	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,20	4,54	6,54	4,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroba Huntingtona	30%	3,52
1657	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017	2022-01-01	3 lata	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,20	4,54	6,54	4,31	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,23
1658	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,36	11,19	16,17	16,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroba Huntingtona	30%	4,85
1659	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617	2022-01-01	3 lata	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,36	11,19	16,17	16,17	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1660	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2021-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,99	4,31	6,67	6,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroba Huntingtona	30%	2,46
1661	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319	2022-01-01	3 lata	177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,99	4,31	6,67	6,01	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,66
1662	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140	2022-11-01	3 lata	82.7, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - hydrokortyzon	12,30	13,28	18,95	18,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,69
1663	Hydrocortizoni acetatas	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	05909990950317	2022-01-01	3 lata	55.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o słabej i średniej sile działania	4,45	4,81	7,57	7,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,79
1664	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 szt. (1 but.)	05909990836758	2022-03-01	3 lata	126.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne - hydroksymocznik	79,74	86,12	105,19	105,19	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1665	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927	2022-01-01	3 lata	126.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne - hydroksymocznik	79,74	86,12	105,19	105,19	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1666	Ibuprofenum	Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg	60 szt.	05909990853540	2022-03-01	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	9,19	5,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,28
1667	Icatibantum	Firazyr, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909990740635	<1>2023-09-01/<2>2023-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	2068,45	2233,93	2433,07	2433,07	<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
1668	Icatibantum	Icatibant Accord, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05055565774410	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	2068,45	2233,93	2433,07	2433,07	<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
1669	Icatibantum	Icatibant Fresenius, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991485870	2023-11-01	2 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	1875,00	2025,00	2211,61	2211,61	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
1670	Icatibantum	Icatibant Medical Valley, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991484712	2023-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	1875,00	2025,00	2211,61	2211,61	<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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1671	Icatibantum	Icatibant Zentiva, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991469306	2022-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	2035,00	2197,80	2394,78	2394,78	<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
1672	Icatibantum	Ikatybant Ranbaxy, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991474461	2023-01-01	2 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	1900,00	2052,00	2240,23	2240,23	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
1673	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	103,95	112,27	134,31	134,31	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	40,29
1674	Indakaterol + Glikopironium bromek + Mometazonu furoinian	Enerzair Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 114+46+136 mg	30 szt. (30 x 1)	07613421044596	2022-05-01	2 lata	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	155,29	167,71	195,99	195,99	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%	58,80
1675	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+127,5 mg	30 szt.	07613421045531	2022-05-01	2 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	92,00	99,36	118,85	93,99	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%	53,06
1676	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+260 mg	30 szt.	07613421045548	2022-05-01	2 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	93,00	100,44	120,00	93,99	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%	54,21

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1677	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+62,5 mg	30 szt.	07613421045524	2022-05-01	2 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	60,00	64,80	86,63	86,63	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%	25,99
1678	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990975815	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	7,65	8,26	11,57	9,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,79
1679	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	60 szt.	05909991276621	2023-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	11,88	12,83	18,41	18,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,52
1680	Indapamidum	Indapamide SR Genoptim, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909990799398	2021-03-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,40	4,75	8,06	8,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,42
1681	Indapamidum	Indapen, tabl. powl., 2.5 mg	20 szt.	05909990863013	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,99	6,47	10,05	10,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,02
1682	Indapamidum	Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909990665907	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	7,64	8,25	11,56	9,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,78
1683	Indapamidum	Indapres, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909990223121	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	7,50	8,10	12,87	12,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,86
1684	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909991025014	2021-09-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,66	5,03	8,34	8,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,50
1685	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	90 szt.	05908289660401	2022-09-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	13,98	15,10	22,48	22,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,74
1686	Indapamidum	Ipres long 1,5, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909990012688	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,91	6,38	9,69	9,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,91
1687	Indapamidum	Opamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909990770182	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,65	6,10	9,41	9,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,82
1688	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909990424801	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,51	4,87	8,18	8,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,45
1689	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	60 szt.	05909990424849	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	9,02	9,74	15,13	15,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,54
1690	Indapamidum	Symapamid SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt.	05909990734993	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,47	4,83	8,14	8,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,44
1691	Indapamidum	Tertensif SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1.5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990738212	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	9,39	10,14	13,52	9,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,74

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1692	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	6921,48	6921,48	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
1693	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	2021-03-01	3 lata	241.1, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym – ludzki inhibitor C1-esterazy	2039,00	2202,12	2397,12	2306,94	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	93,38
1694	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059	2022-03-01	2 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	61,50	66,42	81,57	67,19	Cukrzyca typu I		ryczałt	17,58
1695	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298	2022-03-01	2 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	102,70	110,92	131,27	100,78	Cukrzyca typu I		ryczałt	34,49
1696	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	10 wstrzykiwaczy 3 ml SoloStar	05909991429171	2021-03-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	160,43	173,26	201,40	201,40	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1697	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	106,00	114,48	135,05	100,78	Cukrzyca		ryczałt	38,27
1698	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	106,00	114,48	135,05	100,78	Cukrzyca		ryczałt	38,27
1699	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 insulin ludzkich	61,00	65,88	80,99	67,19	Cukrzyca		ryczałt	17,00
1700	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	102,90	111,13	131,50	100,78	Cukrzyca		ryczałt	34,72

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1701	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	10 wkł.po 3 ml	05712249124441	2023-07-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	333,00	359,64	402,12	309,91	Cukrzyca typu I u dorosłych; Cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥7,5% oraz cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO); Cukrzyca typu I u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży; Cukrzyca typu 2 u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥7,5% oraz cukrzyca typu 2 u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO)		30%	185,18
1702	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml Penfill	05909991371562	2023-01-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	137,75	148,77	174,28	154,96	Cukrzyca typu I u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku od 2 lat i powyżej; Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO)		30%	65,81
1703	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909990005741	<1>2022-07-01/<2>2023-11-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	166,50	179,82	207,19	154,96	<1>Cukrzyca typu I u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku od 2 lat i powyżej; <2>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO)		30%	98,72

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1704	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 insulin	252,45	272,65	309,91	309,91	Cukrzyca typu I u dorosłych, młodzieży i dzieci od 6 roku życia; Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca typu 1 u dzieci w wieku od 2 do 6 lat oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO)		30%	92,97
1705	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkładów po 3 ml	05909990895717	<1>2022-07-01/<2>2023-09-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	157,00	169,56	196,31	154,96	<1>Cukrzyca typu I u dorosłych, młodzieży i dzieci od 6 roku życia; <2>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca typu 1 u dzieci w wieku od 2 do 6 lat oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO)		30%	87,84
1706	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555	<1>2022-07-01/<2>2023-09-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	157,00	169,56	196,31	154,96	<1>Cukrzyca typu I u dorosłych, młodzieży i dzieci od 6 roku życia; <2>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca typu 1 u dzieci w wieku od 2 do 6 lat oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO)		30%	87,84
1707	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538	2023-01-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	445,50	481,14	534,88	464,87	Cukrzyca typu I u dorosłych; Cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca u dorosłych o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO)		30%	209,47

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1708	Insulinum glarginum + Lixisenatidum	Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+33 j/ml+mcg/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991315948	2023-03-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	255,30	275,72	315,07	315,07	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥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 ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	94,52
1709	Insulinum glarginum + Lixisenatidum	Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+50 j/ml+mcg/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991315924	2023-03-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	334,00	360,72	405,16	394,08	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥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 ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	129,30
1710	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483	2022-05-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	65,00	70,20	85,57	67,19	Cukrzyca		ryczałt	21,58
1711	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575	2022-05-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	99,50	107,46	127,61	100,78	Cukrzyca		ryczałt	30,83
1712	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	100,00	108,00	128,18	100,78	Cukrzyca		ryczałt	31,40
1713	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	72,66	78,47	96,88	96,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1714	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958566	2021-09-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	146,80	158,54	185,80	185,80	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1715	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853113	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	76,07	82,16	100,78	100,78	Cukrzyca		ryczałt	4,00

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1716	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958573	2021-09-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	146,80	158,54	185,80	185,80	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1717	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853311	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	76,07	82,16	100,78	100,78	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1718	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958580	2021-09-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	146,80	158,54	185,80	185,80	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1719	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853519	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	79,23	85,57	104,40	100,78	Cukrzyca		ryczałt	7,62
1720	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958597	2021-09-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	146,80	158,54	185,80	185,80	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1721	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852413	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	79,23	85,57	104,40	100,78	Cukrzyca		ryczałt	7,62
1722	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958603	2021-09-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	146,80	158,54	185,80	185,80	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1723	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852116	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	79,23	85,57	104,40	100,78	Cukrzyca		ryczałt	7,62
1724	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	76,17	82,26	100,90	100,78	Cukrzyca		ryczałt	4,12
1725	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	76,17	82,26	100,90	100,78	Cukrzyca		ryczałt	4,12
1726	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	76,17	82,26	100,90	100,78	Cukrzyca		ryczałt	4,12
1727	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	72,66	78,47	96,88	96,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1728	Insulinum humanum	Insuman Basal, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672448	2022-03-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	73,40	79,27	97,72	97,72	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1729	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	72,66	78,47	96,88	96,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1730	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	72,66	78,47	96,88	96,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1731	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	73,40	79,27	97,72	97,72	Cukrzyca		ryczałt	4,00

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1732	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	73,40	79,27	97,72	97,72	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1733	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	73,40	79,27	97,72	97,72	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1734	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	73,40	79,27	97,72	97,72	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1735	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	73,40	79,27	97,72	97,72	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1736	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	73,40	79,27	97,72	97,72	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1737	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	106,20	114,70	135,28	100,78	Cukrzyca		ryczałt	38,50
1738	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	106,81	115,35	135,98	100,78	Cukrzyca		ryczałt	39,20
1739	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	106,81	115,35	135,98	100,78	Cukrzyca		ryczałt	39,20
1740	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 insulin ludzkich	160,21	173,03	201,15	201,15	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1741	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536	2021-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	157,41	170,00	197,94	197,94	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1742	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123	2021-03-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	78,00	84,24	102,99	100,78	Cukrzyca		ryczałt	6,21
1743	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165	2022-11-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	157,41	170,00	197,94	197,94	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1744	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909991185879	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	13,06	14,10	20,04	20,04	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	3,56
1745	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	10,69	11,55	15,21	10,02	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1746	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	13,07	14,12	20,05	20,04	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	3,57
1747	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	12,90	13,93	19,85	19,85	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	3,56
1748	Isosorbidi mononitras	Mononit 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990010516	2022-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,67	3,96	6,26	5,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,97
1749	Isosorbidi mononitras	Mononit 100 retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909991011727	2022-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,20	16,42	23,77	23,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,00
1750	Isosorbidi mononitras	Mononit 20, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990010622	2022-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,78	7,32	11,03	10,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,25
1751	Isosorbidi mononitras	Mononit 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990010714	2022-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,25	6,75	10,46	10,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1752	Isosorbidi mononitras	Mononit 60 retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991011529	2022-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,57	11,42	16,47	16,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,80

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1753	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990858262	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	58,94	63,66	79,16	79,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	39,58
1754	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	4 szt.	05909990858255	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	8,42	9,09	13,16	11,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	7,48
1755	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990004331	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	42,50	45,90	60,33	60,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	30,17
1756	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909990004317	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	8,00	8,64	12,70	11,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	7,02
1757	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909991053826	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	64,49	69,65	85,51	79,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	45,76
1758	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909991053819	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	14,96	11,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	9,28
1759	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991465377	2022-03-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	53,95	58,27	73,30	73,30	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1760	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991452278	2021-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	53,98	58,30	73,33	73,33	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
1761	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991427764	2021-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	54,00	58,32	73,35	73,35	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
1762	Ivabradinum	Bixebra, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991286613	2021-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	64,00	69,12	84,80	73,35	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	14,65
1763	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991466046	2022-03-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,50	85,86	105,00	105,00	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
1764	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991351274	2021-05-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,95	86,35	105,52	105,52	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1765	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991452285	2021-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,95	86,35	105,52	105,52	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
1766	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991427511	2021-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	80,00	86,40	105,57	105,57	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
1767	Ivabradinum	Bixebra, tabl., 7.5 mg	56 szt.	05909991286927	2021-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	96,00	103,68	123,89	110,02	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	17,07
1768	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05901878600772	2021-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	58,00	62,64	77,93	73,35	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	7,78
1769	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991264710	2023-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	62,82	67,85	83,45	73,35	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	13,30

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1770	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05901878600789	2021-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	87,00	93,96	113,59	110,02	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	6,77
1771	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991264734	2023-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	94,30	101,84	121,95	110,02	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	15,13
1772	Ivabradinum	Ivabradine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991348762	2021-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	60,84	65,71	81,18	73,35	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	11,03
1773	Ivabradinum	Ivabradine Genoptim , tabletki powlekane, 5 mg	56 szt.	05909991326470	2021-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	60,75	65,61	81,08	73,35	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	10,93
1774	Ivabradinum	Ivabradine Genoptim , tabletki powlekane, 7.5 mg	56 szt.	05909991326494	2021-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	91,14	98,43	118,33	110,02	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	11,51

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1775	Ivabradinum	Ivabradine Mylan, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991322779	2021-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	58,00	62,64	77,93	73,35	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	7,78
1776	Ivabradinum	Ivabradine Mylan, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991322786	2021-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	87,00	93,96	113,59	110,02	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	6,77
1777	Ivabradinum	Ivabradine Ranbaxy, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991398606	2023-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	50,00	54,00	68,77	68,77	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
1778	Ivabradinum	Ivabradine Ranbaxy, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991398620	2023-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	75,00	81,00	99,85	99,85	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
1779	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991298586	2023-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	50,00	54,00	68,77	68,77	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1780	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991298654	2023-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	75,00	81,00	99,85	99,85	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
1781	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 5 mg	112 szt.	05909991329822	2021-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	121,52	131,24	154,64	146,70	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	11,92
1782	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991329785	2021-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	60,76	65,62	81,09	73,35	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	10,94
1783	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 7.5 mg	112 szt.	05909991329891	2021-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	182,28	196,86	226,73	220,05	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	12,65
1784	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991329853	2021-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	91,14	98,43	118,33	110,02	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	11,51

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1785	Ivabradinum	Raenom, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991307349	2023-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	53,00	57,24	72,20	72,20	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
1786	Ivabradinum	Raenom, tabl. powl., 7.5 mg	56 szt.	05909991307370	2023-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,50	85,86	105,00	105,00	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
1787	Kalii chloridum	Kalipoz prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 391 mg	60 szt.	05909990257539	2022-01-01	3 lata	20.0, Produkty do doustnej suplementacji potasu	5,27	5,69	8,76	8,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1788	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, granulat musujący, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz.po 3 g	05909990269310	2022-01-01	3 lata	20.0, Produkty do doustnej suplementacji potasu	21,40	23,11	26,29	5,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,20
1789	Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum	Citrolyt, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g	220 g	05909990210817	2022-01-01	3 lata	74.0, Leki urologiczne zmieniające pH moczu - cytryniany do sporządzania roztworu doustnego	52,00	56,16	70,83	70,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,25
1790	Ketoprofenum	Bi-Profenid, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990412112	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	8,79	9,49	12,98	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	7,87
1791	Ketoprofenum	Febrofen, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	20 szt.	05909990413317	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	12,89	13,92	18,51	13,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	11,70
1792	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	30 szt.	05909991436056	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,95	8,59	12,04	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	6,93

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1793	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	60 szt.	05904055005070	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,90	17,17	23,21	20,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	12,99
1794	Ketoprofenum	Ketonal Duo, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909990064694	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,40	16,63	21,72	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	14,06
1795	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990046485	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,50	11,34	14,93	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	9,82
1796	Ketoprofenum	Ketoprofen-SF, kaps. twarde, 100 mg	20 szt.	05909990794553	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,32	5,75	8,35	6,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	4,95
1797	Ketoprofenum	Profenid, czopki, 100 mg	10 szt.	05909990098514	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego	7,35	7,94	11,80	11,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	5,90
1798	Ketoprofenum	Profenid, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990760718	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	8,00	8,64	12,09	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	6,98
1799	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990675593	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,18	10,99	14,56	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	9,45

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1800	Lacidipine	Lapixen, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991134907	2021-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,80	6,26	8,19	4,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,36
1801	Lacidipine	Lapixen, tabl. powl., 2 mg	56 szt.	05907695215205	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,55	12,47	15,66	8,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,00
1802	Lacidipine	Lapixen, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909991134938	2021-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,60	12,53	15,72	8,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,06
1803	Lacidipine	Lapixen, tabl. powl., 4 mg	56 szt.	05907695215212	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	23,10	24,95	30,78	16,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,46
1804	Lacidipine	Lapixen, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909991134969	2021-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	17,40	18,79	23,40	12,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,92
1805	Lacidipine	Lapixen, tabl. powl., 6 mg	56 szt.	05907695215229	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	34,65	37,42	45,49	24,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	28,52
1806	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909990650521	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,80	6,26	8,19	4,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,36
1807	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909990650620	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,60	12,53	15,72	8,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,06
1808	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909990625697	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	17,42	18,81	23,43	12,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,95
1809	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909991105563	2022-03-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,34	10,09	13,13	8,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,47
1810	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909991105549	2022-03-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	15,00	16,20	20,65	12,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,17
1811	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991494551	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	59,60	64,37	80,78	80,78	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
1812	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05909991494582	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	89,40	96,55	117,09	117,09	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1813	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05909991494612	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	119,20	128,74	153,01	153,01	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
1814	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05909991494506	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,45	8,05	12,09	10,57	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	4,72
1815	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 100 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743331	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	64,96	70,16	86,92	84,53	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	5,59
1816	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 150 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743348	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	97,44	105,24	126,30	126,30	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
1817	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 200 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743355	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	129,91	140,30	165,27	165,27	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
1818	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 50 mg	14 tabl. w blistrze	05055565743324	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	8,12	8,77	12,81	10,57	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	5,44
1819	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05902020241591	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	63,47	68,55	85,21	84,53	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	3,88
1820	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05902020241607	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	95,20	102,82	123,73	123,73	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1821	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05902020241614	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	126,93	137,08	161,86	161,86	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
1822	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05902020241584	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,93	8,56	12,60	10,57	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
1823	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 100 mg	56 tabl.	04260598450540	2023-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	62,53	67,53	84,13	84,13	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
1824	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 150 mg	56 tabl.	04260598450557	2023-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	93,80	101,30	122,13	122,13	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
1825	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 200 mg	56 tabl.	04260598450564	2023-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	125,06	135,06	159,71	159,71	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
1826	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 50 mg	14 tabl.	04260598450533	2023-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,81	8,43	12,47	10,57	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	5,10
1827	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991358358	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	62,88	67,91	84,53	84,53	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
1828	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05909991358365	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	94,32	101,87	122,73	122,73	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1829	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05909991358372	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	125,76	135,82	160,52	160,52	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	3,98
1830	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05909991358341	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,86	8,49	12,53	10,57	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	5,16
1831	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 100 mg	56 tabl.	05909991384234	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	59,60	64,37	80,78	80,78	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
1832	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 150 mg	56 tabl.	05909991384241	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	89,40	96,55	117,09	117,09	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
1833	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 200 mg	56 tabl.	05909991384258	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	119,20	128,74	153,01	153,01	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
1834	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 50 mg	14 tabl.	05909991384197	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,45	8,05	12,09	10,57	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	4,72
1835	Lacosamidum	Vimpat, syrop, 10 mg/ml	200 ml (but.)	05909990935505	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	244.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - płynne postacie farmaceutyczne	100,00	108,00	129,55	129,55	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1836	Lamotriginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766	<1>2022-01-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	17,00	18,36	25,87	24,21	<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	4,86
1837	Lamotriginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759	<1>2022-01-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	8,50	9,18	13,63	12,11	<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	4,72
1838	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991496296	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	17,70	19,12	26,67	24,21	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	5,66
1839	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480	2023-09-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	17,81	19,23	26,80	24,21	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	5,79
1840	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318	<1>2022-01-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	21,90	23,65	31,48	24,21	<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	10,47
1841	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325	<1>2022-01-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	43,80	47,30	59,57	48,42	<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	14,35
1842	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319	2023-03-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	163.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - płynne postacie farmaceutyczne	47,15	50,92	64,73	64,73	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1843	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210	2023-03-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	163.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - płynne postacie farmaceutyczne	12,01	12,97	18,47	16,18	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	5,49
1844	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	19,50	21,06	28,73	24,21	<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	7,72
1845	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092	2022-09-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	53,42	57,69	72,63	72,63	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	3,20
1846	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	4,88	5,27	7,94	6,05	<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	5,09
1847	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	9,75	10,53	15,07	12,11	<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	6,16
1848	Lamotriginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616	2023-11-01 - dla kolumny 13, <1>2023-11-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	17,71	19,13	26,68	24,21	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	5,67
1849	Lamotriginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418	2023-11-01 - dla kolumny 13, <1>2023-11-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	4,42	4,77	7,44	6,05	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	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1850	Lamotriginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517	2023-11-01 - dla kolumny 13, <1>2023-11-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	8,85	9,56	14,03	12,11	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	5,12
1851	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2023-09-01 - dla kolumny 13, 2021-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	5240,97	5660,25	5956,44	5956,44	<1>Akromegalia	hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL	ryczałt	4,27
1852	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2023-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	5240,97	5660,25	5956,44	5956,44	<2>Leczenie objawów hipersekrecji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych		ryczałt	4,27
1853	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2023-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	5240,97	5660,25	5956,44	5956,44	<3>Leczenie guzów neuroendokrynnych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych GEP-NET G1 i części G2 (index Ki67 do maksymalnie 10%) środkowej części prajelita, trzustki, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części prajelita, u dorosłych pacjentów z nieoperacyjnymi guzami miejscowo zaawansowanymi lub z przerzutami		bezpłatny do limitu	0,00
1854	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2023-09-01 - dla kolumny 13, 2021-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	3930,72	4245,18	4512,26	4467,33	<1>Akromegalia	hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL	ryczałt	48,13
1855	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2023-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	3930,72	4245,18	4512,26	4467,33	<2>Leczenie objawów hipersekrecji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych		ryczałt	48,13
1856	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2023-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	3930,72	4245,18	4512,26	4467,33	<3>Leczenie guzów neuroendokrynnych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych GEP-NET G1 i części G2 (index Ki67 do maksymalnie 10%) środkowej części prajelita, trzustki, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części prajelita, u dorosłych pacjentów z nieoperacyjnymi guzami miejscowo zaawansowanymi lub z przerzutami		bezpłatny do limitu	44,93

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1857	Lansoprazolum	Lanzul, kaps., 30 mg	28 szt.	05909990727032	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,00	14,04	18,63	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,42
1858	Lansoprazolum	Lanzul S, kaps., 15 mg	28 szt.	05909990869817	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,50	7,02	9,61	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,50
1859	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 15 mg	28 szt.	05909990064045	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,55	5,99	8,58	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,47
1860	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 30 mg	28 szt.	05909990064076	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,10	11,99	16,46	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,25
1861	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990995479	2021-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,35	20,90	29,65	29,65	Jaskra		ryczałt	3,20
1862	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991189792	2021-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	57,85	62,48	79,73	79,73	Jaskra		ryczałt	8,00
1863	Latanoprostum	Latalux, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990813582	2022-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,00	27,00	36,12	32,17	Jaskra		ryczałt	7,15
1864	Latanoprostum	Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990931873	2022-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,08	24,93	33,92	32,17	Jaskra		ryczałt	4,95

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1865	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	30 poj.	05909991019693	2021-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,05	31,37	41,58	38,60	Jaskra		ryczałt	6,18
1866	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	90 szt.	05909991019709	2021-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	87,16	94,13	114,11	114,11	Jaskra		ryczałt	9,60
1867	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/1 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990841448	2022-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,70	28,84	38,06	32,17	Jaskra		ryczałt	9,09
1868	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05900411001298	2022-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	77,00	83,16	101,65	96,50	Jaskra		ryczałt	13,15
1869	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991102883	2022-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,48	32,92	43,22	38,60	Jaskra		ryczałt	7,82
1870	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991102890	2022-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	92,99	100,43	120,79	115,80	Jaskra		ryczałt	14,59
1871	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909990411825	2022-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	72,50	78,30	96,50	96,50	Jaskra		ryczałt	8,00
1872	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml (0,005%)	2,5 ml (but.)	05909990411818	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,00	28,08	37,26	32,17	Jaskra		ryczałt	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1873	Latanoprostum	Xalofree, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 7,5 ml	05900257102555	2022-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	72,50	78,30	96,50	96,50	Jaskra		ryczałt	8,00
1874	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	2,5 ml (but.)	05909990741311	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,99	32,39	41,83	32,17	Jaskra		ryczałt	12,86
1875	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060601673	2022-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	80,25	86,67	105,38	96,50	Jaskra		ryczałt	16,88
1876	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 szt.	05909991220365	2022-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,96	34,52	44,92	38,60	Jaskra		ryczałt	9,52
1877	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991220396	2022-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	95,89	103,56	124,10	115,80	Jaskra		ryczałt	17,90
1878	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991429249	2021-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,33	20,88	29,63	29,63	Jaskra		ryczałt	3,20
1879	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991429256	2021-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	57,90	62,53	79,78	79,78	Jaskra		ryczałt	8,00
1880	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990879687	2022-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,95	32,35	41,79	32,17	Jaskra		ryczałt	12,82

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1881	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05906414000948	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	62,99	68,03	85,61	85,61	Jaskra		ryczałt	8,00
1882	Latanoprostum + Timololum	Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991306649	2021-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,32	21,95	30,76	30,76	Jaskra		ryczałt	3,20
1883	Latanoprostum + Timololum	Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml	2,5 ml	05909990946587	2021-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,60	27,65	36,81	32,17	Jaskra		ryczałt	7,84
1884	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	2,5 ml (but.)	05909991057213	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,46	30,74	40,08	32,17	Jaskra		ryczałt	11,11
1885	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05415062343609	2022-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	62,34	67,33	84,87	84,87	Jaskra		ryczałt	8,00
1886	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990894543	2022-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,00	32,40	41,84	32,17	Jaskra		ryczałt	12,87
1887	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060606630	2021-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	71,99	77,75	95,91	95,91	Jaskra		ryczałt	8,00
1888	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 10 mg	30 tabl. (but.)	05909990977826	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	47,00	50,76	64,20	57,57	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	9,83

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1889	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05901878600482	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	82,96	89,60	109,37	109,37	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1890	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05903792743399	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2021-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	83,00	89,64	109,41	109,41	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1891	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (but.)	05909990977925	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	93,00	100,44	120,86	115,13	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	8,93
1892	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991309138	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	43,00	46,44	59,62	57,57	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	5,25
1893	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991309145	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	83,00	89,64	109,41	109,41	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1894	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	04037353010604	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	44,00	47,52	60,76	57,57	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	6,39
1895	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	04037353015388	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	66,00	71,28	88,47	86,35	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	5,32
1896	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	04037353010628	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	88,00	95,04	115,13	115,13	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1897	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990858651	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	88,00	95,04	115,13	115,13	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1898	Letrozolum	Aromek, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909991060718	<1>2022-01-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,79	44,05	56,72	56,72	<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	0,00
1899	Letrozolum	Clarzole, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909990799923	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	45,00	48,60	61,54	56,72	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	4,82
1900	Letrozolum	Etruzil, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909990710201	<1>2022-01-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	45,00	48,60	61,54	56,72	<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	4,82
1901	Letrozolum	Etruzil, tabl. powl., 2.5 mg	90 szt.	05909990710256	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	122,00	131,76	156,02	156,02	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
1902	Letrozolum	Lametta, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909991061111	<1>2022-01-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,79	44,05	56,72	56,72	<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	0,00
1903	Letrozolum	Letrozole Aurovitas/Letrozole Eugia, tabl. powl., 2.5 mg	120 szt.	05909991466138	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	162,80	175,82	204,47	204,47	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
1904	Letrozolum	Letrozole Aurovitas/Letrozole Eugia, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909991466145	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,70	43,96	56,61	56,61	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1905	Letrozolum	Letrozole Bluefish, tabl. powl., 2.5 mg	30 szt.	05909990794683	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,00	43,20	55,81	55,81	<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	0,00
1906	Leuprorelinum	Eligard 22,5 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 22.5 mg	1 zest. (tacki)	05909990075751	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	552,47	596,67	659,45	565,55	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	103,50
1907	Leuprorelinum	Eligard 45 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 45 mg	1 zest. (2 strz.napeł.)	05909990634057	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	1045,11	1128,72	1234,60	1131,11	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	122,69
1908	Leuprorelinum	Leuprostin, implant, 3.6 mg	1 implant	05909990836246	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	176,00	190,08	219,11	188,52	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	33,79
1909	Leuprorelinum	Leuprostin, implant, 5 mg	1 implant	05909990836277	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	478,90	517,21	575,22	565,55	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	19,27
1910	Leuprorelinum	Librexa, implant w amp.-strzyk., 11.25 mg	1 amp.-strzyk.	05906720536582	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2021-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	459,00	495,72	552,44	552,44	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
1911	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149	2021-01-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	55,00	59,40	74,53	73,73	Padaczka		ryczałt	4,00
1912	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990928248	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,00	48,60	61,07	51,52	Padaczka		ryczałt	13,11

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1913	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990928200	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	13,75	14,85	19,72	12,88	Padaczka		ryczałt	10,04
1914	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990928224	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	22,50	24,30	32,26	25,76	Padaczka		ryczałt	9,70
1915	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990928231	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	41,25	44,55	55,30	38,64	Padaczka		ryczałt	19,86
1916	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml + 1 strzykawka 10 ml	05909990006755	2022-01-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	84,96	91,76	108,83	73,73	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	38,30
1917	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990989805	2023-11-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	42,93	46,36	58,70	51,52	Padaczka		ryczałt	10,74
1918	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990989379	2023-11-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	21,46	23,18	31,07	25,76	Padaczka		ryczałt	8,51
1919	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 - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	54,00	58,32	73,39	73,39	Padaczka		ryczałt	3,20
1920	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990921751	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	73,32	79,19	97,49	97,49	Padaczka		ryczałt	7,11
1921	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990921737	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,66	39,59	51,52	51,52	Padaczka		ryczałt	3,56
1922	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522	2021-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	18,31	19,77	27,46	25,76	Padaczka		ryczałt	4,90

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1923	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990921492	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	9,16	9,89	14,46	12,88	Padaczka		ryczałt	4,78
1924	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990921591	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,66	39,59	51,52	51,52	Padaczka		ryczałt	3,56
1925	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990921577	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	18,33	19,80	27,48	25,76	Padaczka		ryczałt	4,92
1926	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676	2021-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	54,96	59,36	74,57	74,57	Padaczka		ryczałt	5,33
1927	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990921652	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	27,48	29,68	39,53	38,64	Padaczka		ryczałt	4,09
1928	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990971305	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,34	39,25	51,15	51,15	Padaczka		ryczałt	3,56
1929	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990970957	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	9,08	9,81	14,36	12,88	Padaczka		ryczałt	4,68
1930	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990971060	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	18,17	19,62	27,30	25,76	Padaczka		ryczałt	4,74
1931	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990971183	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	27,25	29,43	39,27	38,64	Padaczka		ryczałt	3,83
1932	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml (but.)	05909990958672	2021-05-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	52,00	56,16	71,10	71,10	Padaczka		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1933	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990959167	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	90,00	97,20	116,58	103,04	Padaczka		ryczałt	20,65
1934	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990959129	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,00	48,60	61,07	51,52	Padaczka		ryczałt	13,11
1935	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990959037	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,00	48,60	61,07	51,52	Padaczka		ryczałt	13,11
1936	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990958986	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	22,50	24,30	32,26	25,76	Padaczka		ryczałt	9,70
1937	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	05909990958894	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	67,50	72,90	88,92	77,28	Padaczka		ryczałt	16,97
1938	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990958856	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	33,75	36,45	46,71	38,64	Padaczka		ryczałt	11,27
1939	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990998357	2023-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	72,68	78,49	96,75	96,75	Padaczka		ryczałt	7,11
1940	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990998302	2022-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	41,80	45,14	57,40	51,52	Padaczka		ryczałt	9,44
1941	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990998135	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	10,45	11,29	15,94	12,88	Padaczka		ryczałt	6,26
1942	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990998203	2023-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,34	39,25	51,15	51,15	Padaczka		ryczałt	3,56

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1943	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990998180	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	20,90	22,57	30,42	25,76	Padaczka		ryczałt	7,86
1944	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	05909990998272	2023-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	54,51	58,87	74,05	74,05	Padaczka		ryczałt	5,33
1945	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990998258	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	31,35	33,86	43,96	38,64	Padaczka		ryczałt	8,52
1946	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909991032043	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	73,32	79,19	97,49	97,49	Padaczka		ryczałt	7,11
1947	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909991031992	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,66	39,59	51,52	51,52	Padaczka		ryczałt	3,56
1948	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909991031497	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	9,16	9,89	14,46	12,88	Padaczka		ryczałt	4,78
1949	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909991031640	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,66	39,59	51,52	51,52	Padaczka		ryczałt	3,56
1950	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909991031602	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	18,32	19,79	27,47	25,76	Padaczka		ryczałt	4,91
1951	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909991031886	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	27,48	29,68	39,53	38,64	Padaczka		ryczałt	4,09
1952	Levetiracetamum	Trund, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml ze strz.po 10 ml i łącznikiem	05909990925841	2021-01-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	54,30	58,64	73,73	73,73	Padaczka		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1953	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990925957	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	89,33	96,48	115,82	103,04	Padaczka		ryczałt	19,89
1954	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990925940	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,00	48,60	61,07	51,52	Padaczka		ryczałt	13,11
1955	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990925858	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	11,25	12,15	16,85	12,88	Padaczka		ryczałt	7,17
1956	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990925889	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,00	48,60	61,07	51,52	Padaczka		ryczałt	13,11
1957	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990925872	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	22,50	24,30	32,26	25,76	Padaczka		ryczałt	9,70
1958	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990925926	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	33,75	36,45	46,71	38,64	Padaczka		ryczałt	11,27
1959	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 - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	54,85	59,24	74,36	73,73	Padaczka		ryczałt	3,83
1960	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895	2021-03-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	27,60	29,81	39,61	36,87	Padaczka		ryczałt	5,94
1961	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990936250	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	55,83	60,30	73,46	51,52	Padaczka		ryczałt	25,50
1962	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990935956	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	13,96	15,08	19,95	12,88	Padaczka		ryczałt	10,27

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 detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1963	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990936052	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	27,92	30,15	38,47	25,76	Padaczka		ryczałt	15,91
1964	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990936151	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	41,88	45,23	56,01	38,64	Padaczka		ryczałt	20,57
1965	Levocetirizine	Zyx, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05907695215014	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,50	26,46	34,18	25,12	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%	16,60
1966	Levocetirizini dihydrochloridum	Alergimed, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	08595566452292	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,63	10,40	14,94	13,46	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%	5,52
1967	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	20 szt.	05909990656929	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,60	10,37	13,73	8,97	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%	7,45
1968	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990656936	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,00	14,04	18,58	12,56	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%	9,79
1969	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990656943	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,40	15,55	20,39	13,46	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%	10,97
1970	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991462475	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,92	31,23	41,07	40,37	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%	12,81

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1971	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991192600	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,95	36,67	46,83	40,37	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%	18,57
1972	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 tabl.	05909991449186	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,95	31,27	41,11	40,37	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%	12,85
1973	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990904099	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	16,58	17,91	24,44	22,78	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%	8,49
1974	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990904129	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,75	14,85	19,45	12,56	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%	10,66
1975	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05906414000726	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,57	20,06	27,38	25,12	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%	9,80
1976	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05906414000733	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,85	30,08	39,53	37,67	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%	13,16
1977	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990790807	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,05	9,77	14,06	12,56	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%	5,27
1978	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05902020241133	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,18	19,63	26,94	25,12	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%	9,36

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1979	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05902020241140	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,27	29,45	38,87	37,67	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%	12,50
1980	Levocetirizini dihydrochloridum	Nossin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991060589	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,08	9,81	14,09	12,56	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%	5,30
1981	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909991358105	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	15,36	16,59	23,04	22,78	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%	7,09
1982	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909991376550	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	15,40	16,63	23,09	22,78	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%	7,14
1983	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990619627	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	17,94	19,38	26,00	22,78	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%	10,05
1984	Levocetirizini dihydrochloridum	Zenaro, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990781720	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,36	11,19	15,56	12,56	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%	6,77
1985	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990765034	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,45	14,53	19,10	12,56	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%	10,31
1986	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05907695215267	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,75	29,97	39,42	37,67	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%	13,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1987	Levodopum + Benserazidum	Madopar, kaps., 200+50 mg	100 szt.	05909990095216	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	75,00	81,00	99,50	99,50	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	3,56
1988	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990095018	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	39,30	42,44	54,63	49,75	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	8,08
1989	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 100+25 mg	100 szt.	05909990748723	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	39,30	42,44	54,63	49,75	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	8,08
1990	Levodopum + Benserazidum	Madopar 250 mg, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05909990095117	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	75,00	81,00	99,50	99,50	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	3,56
1991	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, kaps., 50+12,5 mg	100 szt.	05909990094912	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	19,65	21,22	29,07	24,87	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	7,40
1992	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 50+12,5 mg	100 szt.	05909990748624	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	19,65	21,22	29,07	24,87	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	7,40
1993	Levodopum + Benserazidum	Madopar HBS, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990377510	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	39,30	42,44	54,63	49,75	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	8,08
1994	Levodopum + Carbidopum	Nakom, tabl., 250+25 mg	100 szt.	05909990175215	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	59,00	63,72	82,26	82,26	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1995	Levodopum + Carbidopum	Nakom Mite, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05909990175314	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	36,00	38,88	50,85	49,75	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	4,30
1996	Levomepromazinum	Tisercin, tabl. powl., 25 mg	50 szt.	05909990193912	2022-01-01	3 lata	173.1, Leki przeciwpsychotyczne - lewomepromazyna do stosowania doustnego	7,47	8,07	11,97	11,97	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1997	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991439705	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	9,50	10,26	15,27	15,27	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,11
1998	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991439699	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	4,75	5,13	8,15	8,15	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,56
1999	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991439729	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	11,88	12,83	18,75	18,75	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,89
2000	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991439712	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,94	6,42	9,97	9,97	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,44
2001	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991439743	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	14,26	15,40	22,24	22,24	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	10,67
2002	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991439736	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,13	7,70	11,78	11,78	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,33
2003	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991439750	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	8,32	8,99	13,54	13,54	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,22
2004	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991439774	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	9,50	10,26	15,27	15,27	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,11
2005	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991439682	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,13	7,70	11,78	11,78	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,33
2006	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991439675	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	3,56	3,84	6,33	6,28	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,25
2007	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991431914	2021-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	9,55	10,31	15,32	15,32	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,11
2008	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991431907	2021-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	4,77	5,15	8,17	8,17	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,56
2009	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991431891	2021-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	4,77	5,15	8,17	8,17	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,56

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2010	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991431884	2021-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	2,38	2,57	4,52	4,19	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,53
2011	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,84	11,71	16,80	16,75	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,16
2012	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,89	6,36	9,38	8,38	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,56
2013	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,35	6,86	10,14	9,38	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,74
2014	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	13,55	14,63	20,66	20,66	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,89
2015	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,81	7,35	10,90	10,47	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,87
2016	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,07	7,64	11,45	11,45	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,87
2017	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	14,56	15,72	22,57	22,57	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	10,67
2018	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,70	8,32	12,40	12,40	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,33
2019	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	9,30	10,04	14,66	14,66	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,22
2020	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,16	10,97	16,02	16,02	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,11
2021	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,99	7,55	9,50	4,19	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,51
2022	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,00	5,40	6,82	2,09	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,82
2023	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	9,83	10,62	13,73	8,38	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,91
2024	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,28	5,70	7,65	4,19	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,66
2025	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,23	11,05	15,25	12,57	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,01

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2026	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,80	6,26	8,75	6,28	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,67
2027	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,04	6,52	9,28	7,37	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,11
2028	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,10	5,51	8,53	8,38	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,71
2029	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307	2022-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,97	6,45	10,00	10,00	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,44
2030	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,30	7,88	11,96	11,96	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,33
2031	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	4,80	5,18	7,13	4,19	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,14
2032	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260	2022-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	4,60	4,97	7,46	6,28	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,38
2033	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991013417	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,75	7,29	9,64	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,26
2034	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991477790	2022-11-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,40	10,15	14,03	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,26
2035	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991357337	2021-11-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,45	10,21	14,09	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,32
2036	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991365691	2021-11-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,50	10,26	14,15	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,38
2037	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991013516	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,50	14,58	18,72	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,95
2038	Lisinoprilum	LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991013318	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,38	3,65	5,27	2,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,27

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2039	Lisinoprilum	Lisinoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990939817	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	12,11	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,73
2040	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	14,03	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,26
2041	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990939916	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,50	15,66	19,87	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	15,10
2042	Lisinoprilum	Lisinoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990939718	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,00	6,48	8,10	2,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,10
2043	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990682447	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,30	10,04	12,36	5,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,35
2044	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990682461	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,80	15,98	20,03	10,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	15,57
2045	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990682409	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,00	6,48	8,05	2,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,05
2046	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991133122	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,80	7,34	9,59	5,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,58
2047	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991133023	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,50	13,50	17,39	10,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,93
2048	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991132927	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,40	3,67	5,24	2,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,24

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2049	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990701803	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,30	13,28	15,89	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	13,51
2050	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05909990761685	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,70	20,20	24,68	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	19,91
2051	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+5 mg	30 szt.	05909990970520	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,00	18,36	22,73	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	17,96
2052	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg	30 szt.	05909990708352	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,60	12,53	15,09	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	12,71
2053	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg	30 szt.	05909990708369	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,60	17,93	22,28	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	17,51
2054	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg	28 szt.	05909991167714	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,60	16,85	20,94	10,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	16,48
2055	Lithii carbonas	Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg	60 szt.	05909990148714	2022-01-01	3 lata	180.0, Leki przeciwpsychotyczne - Lit do podawania doustnego w postaci węglanu	10,00	10,80	15,66	15,66	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2056	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220	2022-01-01	3 lata	10.0, Leki przeciwbiegunkowe - loperamid	4,78	5,16	8,05	8,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,03

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2057	Loratadinum	Flonidan, zawiesina doustna, 1 mg/ml	120 ml	05909990739318	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	8,60	9,29	13,65	13,65	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%	4,10
2058	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990739233	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,10	11,99	16,62	13,46	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%	7,20
2059	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990223343	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,15	23,92	31,78	26,91	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%	12,94
2060	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990223350	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,40	38,23	48,48	40,37	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%	20,22
2061	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990795420	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,20	12,10	16,73	13,46	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%	7,31
2062	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990670253	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,14	23,91	31,77	26,91	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%	12,93
2063	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990670260	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,30	35,96	46,08	40,37	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%	17,82
2064	Loratadinum	Loratan, kaps. miękkie, 10 mg	30 szt.	05909990909049	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,50	12,42	17,08	13,46	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%	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2065	Loratadinum	Loratan, syrop, 5 mg/5 ml	125 ml	05909990839018	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,00	11,88	16,51	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%	6,54
2066	Losartan potassium	Losacor, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991055110	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,70	11,56	15,61	11,46	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%	7,59
2067	Losartanum	Cozaar, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990674411	2019-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	5 lat - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,04	10,84	14,65	10,70	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%	7,16
2068	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990433612	2019-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	5 lat - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,04	10,84	14,65	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,16
2069	Losartanum kalicum	Cozaar, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073428	2019-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	5 lat - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,07	21,68	28,33	21,40	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%	13,35
2070	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990638659	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,57	20,06	26,61	21,40	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%	11,63
2071	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990818914	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,28	10,02	13,79	10,70	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%	6,30
2072	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990649112	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,82	20,33	26,91	21,40	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%	11,93

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2073	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	05909990649129	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,00	25,92	34,44	32,10	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
2074	Losartanum kalicum	Losartan Genoptim, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991296940	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,95	5,35	9,05	9,05	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%	2,72
2075	Losartanum kalicum	Losartan KRKA, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990956654	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,00	10,80	14,81	11,46	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%	6,79
2076	Losartanum kalicum	Losartic, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990621439	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,45	10,21	13,98	10,70	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%	6,49
2077	Losartanum kalicum	Lozap 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990573905	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,30	11,12	15,15	11,46	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%	7,13
2078	Losartanum kalicum	Presartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990724345	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,74	8,36	12,26	11,46	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%	4,24
2079	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990481118	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,27	18,65	23,13	11,46	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%	15,11
2080	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 100+10 mg	30 szt.	05909991105853	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,88	23,63	30,70	22,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,65

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2081	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 100+5 mg	30 szt.	05909991105785	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,88	23,63	30,70	22,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,65
2082	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	30 szt.	05909991105723	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,90	11,77	15,83	11,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,81
2083	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	60 szt.	05909991105747	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,88	23,63	30,70	22,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,65
2084	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	90 szt.	05909991105761	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,82	35,45	44,79	34,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	20,72
2085	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	30 szt.	05909991105655	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,90	11,77	15,83	11,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,81
2086	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	60 szt.	05909991105679	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,88	23,63	30,70	22,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,65
2087	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	90 szt.	05909991105693	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,82	35,45	44,79	34,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	20,72
2088	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar Forte, tabl. powl., 100+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990970513	2019-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	5 lat - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,07	21,68	28,33	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,35

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2089	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt.	05909990337392	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,28	10,02	13,79	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,30
2090	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990686339	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,82	20,33	26,91	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,93
2091	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	05909990686360	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,22	30,48	39,26	32,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,79
2092	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HD, tabl. powl., 100+25 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645565	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,57	20,06	26,61	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,63
2093	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HL, tabl. powl., 100+12,5 mg	28 szt.	05909990816484	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,70	20,20	26,77	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,79
2094	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lozap HCT, tabl. powl., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990611980	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,30	11,12	15,15	11,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,13
2095	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powl., 100+25 mg	30 szt.	05909990721894	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,94	21,54	28,48	22,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,43
2096	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powl., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990721641	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,97	10,77	14,78	11,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,76

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2097	Lovastatin	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,65	12,58	14,64	3,70	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%	12,05
2098	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,00	12,96	15,04	3,70	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%	12,45
2099	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 18.5 mg	28 szt.	05909991108670	2022-09-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	185,17	199,98	230,76	230,76	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2100	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 37 mg	28 szt.	05909991108762	2022-09-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	185,17	199,98	230,76	230,76	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2101	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 74 mg	28 szt.	05909991108878	2022-09-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	185,17	199,98	230,76	230,76	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2102	Mazipredonum + Miconazoli nitras	Mycosolon, maść, 20+2,5 mg/g	15 g	05909990129812	2022-01-01	3 lata	49.0, Mikonazol w skojarzeniu z mazipredonem - do stosowania na skórę	16,00	17,28	24,25	24,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,13
2103	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909991509101	2023-09-01	3 lata	194.1, Leki przeciwrobacze - mebendazol	5,54	5,98	9,99	9,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2104	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909997217963	2023-01-01	3 lata	194.1, Leki przeciwrobacze - mebendazol	5,55	5,99	10,00	10,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2105	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909990250615	2022-01-01	3 lata	194.1, Leki przeciwrobacze - mebendazol	7,75	8,37	12,38	12,38	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2106	Medroxyprogesteroni acetas	Provera, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990155514	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	12,70	13,72	18,96	16,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,56
2107	Medroxyprogesteroni acetas	Provera, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990236411	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	6,17	6,66	9,70	8,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,00
2108	Megestroli acetas	Cachexan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990614608	2022-01-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacie płynne	108,00	116,64	139,17	139,17	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40
2109	Megestroli acetas	Megace, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990437627	2022-01-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacie płynne	108,00	116,64	139,17	139,17	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40
2110	Megestroli acetas	Megalia, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909991054519	2022-01-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacie płynne	108,00	116,64	139,17	139,17	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40
2111	Megestroli acetas	Megastril, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990895977	2022-07-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacie płynne	108,00	116,64	139,17	139,17	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40
2112	Meloxicam	Aspicam, tabl., 15 mg	60 szt.	05907695215168	2021-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	18,80	20,30	28,16	28,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,08
2113	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990224883	2022-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,50	8,10	11,55	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,44

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2114	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990610006	2022-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,75	10,53	15,26	15,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,63
2115	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990997527	2022-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	8,70	9,40	12,87	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,76
2116	Meloxicamum	Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05909991228262	2022-09-01	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	10,15	10,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,08
2117	Meloxicamum	Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	30 szt.	05909991228279	2022-09-01	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	14,39	14,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,20
2118	Meloxicamum	Meloxistad, tabl. powl., 15 mg	10 szt.	05909990431151	2022-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	3,80	4,10	6,27	5,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,72
2119	Meloxicamum	Meloxistad, tabl. powl., 15 mg	20 szt.	05909990431168	2022-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,27	6,77	10,22	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,11
2120	Meloxicamum	Movalis, tabl., 15 mg	10 szt.	05909990464425	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,36	5,79	7,96	5,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2121	Meloxicamum	Movalis, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990464418	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,50	10,26	13,79	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,68
2122	Meloxicamum	Opokan forte, tabl., 15 mg	10 szt.	05909990612406	2022-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	3,25	3,51	5,68	5,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,13
2123	Meloxicamum	Opokan forte, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990612420	2022-03-01	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	14,39	14,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,20
2124	Meloxicamum	Remolexam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909991343354	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,90	6,37	9,82	9,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,91
2125	Meloxicamum	Trosicam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05909990866625	2022-11-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,27	6,77	10,22	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,11
2126	Melphalanum	Alkeran, tabl.powl., 2 mg	25 szt.	05909990283514	2022-11-01	3 lata	235.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - melfalan	92,00	99,36	119,94	119,94	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2127	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	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1143,00	1234,44	1351,54	1351,54	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 mlU/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 mlU/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		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2128	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	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	571,00	616,68	684,01	684,01	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 mlU/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 mlU/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		ryczałt	3,20
2129	Menotropinum	Mensinorm, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 150 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 amp-strz.z rozpuszczalnikiem	05909991219338	2021-03-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	138,00	149,04	175,23	175,23	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 mlU/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		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2130	Menotropinum	Mensinorm, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 amp-strz.z rozpuszczalnikiem	05909991219307	2021-03-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	69,00	74,52	92,24	87,60	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 mlU/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		ryczałt	7,84
2131	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	2022-01-01	3 lata	230.0, Leki przeciwnowotworowe antymetabolity - merkaptopuryna	38,00	41,04	53,20	53,20	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2132	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	2022-01-01	3 lata	230.0, Leki przeciwnowotworowe antymetabolity - merkaptopuryna	38,00	41,04	53,20	53,20	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2133	Mesalazinum	Asamax 250, tabl. dojel., 250 mg	100 szt.	05909991084011	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	35,89	38,76	49,45	37,46	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	15,19
2134	Mesalazinum	Asamax 250, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991083816	2022-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	35,00	37,80	45,93	21,17	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	27,96
2135	Mesalazinum	Asamax 500, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991084110	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	58,45	63,13	78,96	74,91	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	7,61
2136	Mesalazinum	Asamax 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991083915	2022-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	70,00	75,60	88,90	42,34	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	49,76
2137	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	14 szt.	05907529109908	2022-03-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	35,35	38,18	48,87	39,52	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	12,55

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2138	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	15 szt.	05907529110003	2022-07-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	31,63	34,16	44,97	42,34	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	5,83
2139	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	28 szt.	05907529110010	2022-03-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	65,30	70,52	86,84	79,03	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	11,01
2140	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	05907529110027	2022-07-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	63,25	68,31	84,97	84,68	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,49
2141	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991074012	2022-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	21,00	22,68	29,90	21,17	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	11,93
2142	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	05907529109809	2022-07-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	35,50	38,34	49,40	42,34	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	10,26
2143	Mesalazinum	Pentasa, czopki, 1 g	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990656813	2022-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	133,80	144,50	165,26	79,03	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	89,43
2144	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	50 sasz.po 2 g granulatu	05909990855315	2022-07-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	122,82	132,65	152,65	74,91	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	81,30
2145	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	60 szt.	05909990974375	2022-05-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	143,00	154,44	177,07	89,89	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	91,45
2146	Mesalazinum	Pentasa, zawiesina doodbytnicza, 1 g/100 ml	7 butelek po 100 ml	05909990818815	2022-01-01	3 lata	12.3, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - płynne postacie farmaceutyczne	71,00	76,68	89,49	36,35	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	56,34

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2147	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 2 g	60 sasz.	05909990974184	2022-11-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	291,19	314,49	350,71	179,78	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	179,46
2148	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 4 g	30 sasz.	05909991273989	2021-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	292,20	315,58	351,87	179,78	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	180,62
2149	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990662111	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	121,00	130,68	150,56	74,91	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	79,21
2150	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 1000 mg	100 szt.	05909991449964	2021-09-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	116,86	126,21	149,82	149,82	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	7,11
2151	Mesalazinum	Salaza, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909991433857	2021-09-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	63,00	68,04	84,68	84,68	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2152	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991418847	2021-09-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	58,43	63,10	78,94	74,91	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	7,59
2153	Mesalazinum	Salaza, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991448554	2021-09-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	31,50	34,02	44,82	42,34	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	5,68
2154	Mesalazinum	Salofalk, zawiesina doodbytnicza, 4 g/60 ml	7 but.po 60 ml	05909990970117	2022-01-01	3 lata	12.3, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - płynne postacie farmaceutyczne	113,19	122,25	145,41	145,41	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2155	Mesalazinum	Salofalk 1 g, czopki, 1 g	30 szt.	05909990806430	2022-05-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	124,00	133,92	154,52	84,68	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	73,04

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2156	Mesalazinum	Salofalk 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909990422227	2022-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	71,83	77,58	90,99	42,34	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	51,85
2157	Mesalazinum	Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990400119	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	37,86	40,89	51,71	37,46	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	17,45
2158	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990765423	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,00	5,40	8,36	7,78	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,78
2159	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990765430	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,70	9,40	14,27	14,27	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2160	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05903792661600	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,15	13,12	19,69	19,69	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2161	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990765379	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,40	2,59	4,51	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,82
2162	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990765386	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,35	4,70	7,66	7,66	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2163	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05903792661563	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,08	6,57	10,56	10,56	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2164	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990765393	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,00	4,32	6,97	6,62	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,55
2165	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990765409	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,50	8,10	12,50	12,50	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2166	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05903792661587	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,33	11,16	16,95	16,95	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2167	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991395322	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,30	13,28	16,50	7,78	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	11,92
2168	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991395339	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	24,60	26,57	32,48	15,56	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	20,12
2169	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991395278	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	22,50	24,30	30,07	15,56	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	17,71
2170	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991395247	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,84	7,39	9,31	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,62
2171	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991395254	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,95	13,99	17,25	7,78	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	12,67

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2172	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991395261	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,00	18,36	22,91	11,67	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	14,44
2173	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991395285	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,75	10,53	13,07	5,84	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,43
2174	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991395292	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	18,05	19,49	24,11	11,67	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	15,64
2175	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991454722	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,62	15,79	21,05	15,56	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,69
2176	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991454654	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,31	7,89	10,85	7,78	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,27
2177	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991454708	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,97	11,85	16,01	11,67	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,54
2178	Metformini hydrochloridum	Etform, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991352417	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2021-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,00	22,68	30,94	30,94	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2179	Metformini hydrochloridum	Etform, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991352400	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2021-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,40	12,31	17,36	15,56	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2180	Metformini hydrochloridum	Etform 500, tabl. powl., 500 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990698141	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,02	7,58	10,54	7,78	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,96
2181	Metformini hydrochloridum	Etform 500, tabl. powl., 500 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990698172	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,53	11,37	15,50	11,67	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,03
2182	Metformini hydrochloridum	Etform 850, tabl. powl., 850 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990698257	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,69	10,47	14,95	13,23	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,92
2183	Metformini hydrochloridum	Etform 850, tabl. powl., 850 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990698271	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,54	15,70	21,76	19,85	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,99
2184	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	07613421049331	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	35,83	38,70	47,92	31,13	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	23,19
2185	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt	07613421049317	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,96	9,68	12,68	7,78	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,10
2186	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	07613421049324	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,91	19,34	24,81	15,56	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	12,45
2187	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	07613421049270	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,91	19,34	24,81	15,56	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	12,45

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2188	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt	07613421049256	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,48	4,84	6,76	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,07
2189	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	07613421049263	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,96	9,68	12,68	7,78	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,10
2190	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	07613421049300	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	26,87	29,02	36,54	23,35	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	17,99
2191	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt	07613421049287	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,71	7,25	9,69	5,84	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,05
2192	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	07613421049294	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	13,44	14,52	18,84	11,67	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,37
2193	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05903060614444	<1>2022-05-01/<2>2021-05-01/<3>2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,66	22,31	30,55	30,55	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2194	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05903060614444	<1>2022-05-01/<2>2021-05-01/<3>2022-01-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,66	22,31	30,55	30,55	<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%	9,17

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2195	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990078974	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,23	5,65	8,61	7,78	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,03
2196	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990078974	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,23	5,65	8,61	7,78	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	3,16
2197	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990078981	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,98	11,86	16,88	15,56	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,52
2198	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990078981	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,98	11,86	16,88	15,56	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	5,99
2199	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990078998	<1>2022-09-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,87	17,14	23,95	23,35	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,40
2200	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990078998	<1>2022-09-01/<2>2022-03-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,87	17,14	23,95	23,35	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	7,61
2201	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05903060614406	<1>2022-05-01/<2>2021-05-01/<3>2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,33	11,16	16,14	15,56	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,78
2202	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05903060614406	<1>2022-05-01/<2>2021-05-01/<3>2022-01-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,33	11,16	16,14	15,56	<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%	5,25

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2203	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990078943	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,97	3,21	5,13	3,89	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,44
2204	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990078943	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,97	3,21	5,13	3,89	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	2,41
2205	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990078950	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,93	6,40	9,36	7,78	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,78
2206	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990078950	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,93	6,40	9,36	7,78	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	3,91
2207	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909990078967	<1>2022-09-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,93	8,56	12,55	11,67	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2208	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909990078967	<1>2022-09-01/<2>2022-03-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,93	8,56	12,55	11,67	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	4,38
2209	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05903060614420	<1>2022-05-01/<2>2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,56	18,96	26,46	26,46	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,44
2210	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05903060614420	<1>2022-05-01/<2>2022-01-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,56	18,96	26,46	26,46	<2>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	7,94

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2211	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990079001	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,39	4,74	7,39	6,62	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,97
2212	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990079025	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,79	9,49	13,93	13,23	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,90
2213	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05909990079032	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	13,50	14,58	20,57	19,85	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2214	Metformini hydrochloridum	Glucophage, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990789306	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,80	9,50	13,94	13,23	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,91
2215	Metformini hydrochloridum	Glucophage 1000 mg, tabl. powl., 1000 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990717248	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,25	5,67	8,63	7,78	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,05
2216	Metformini hydrochloridum	Glucophage 500 mg, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990789276	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,69	3,99	5,91	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,22
2217	Metformini hydrochloridum	Glucophage 850 mg, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990789290	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,10	5,51	8,16	6,62	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,74
2218	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909990864461	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	28,74	31,04	37,21	15,56	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	24,85

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2219	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990624751	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,85	7,40	9,32	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,63
2220	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990624768	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,37	15,52	18,87	7,78	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	14,29
2221	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909990213429	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,28	11,10	13,67	5,84	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	11,03
2222	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909990213436	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,55	23,27	28,12	11,67	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	19,65
2223	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991415372	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2021-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,70	9,40	14,27	14,27	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2224	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909991415303	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2021-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,17	2,34	4,26	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,57
2225	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991415310	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2021-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,35	4,70	7,66	7,66	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2226	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909991415327	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2021-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,52	7,04	11,03	11,03	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2227	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909991415334	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2021-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,69	3,99	6,64	6,62	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,22
2228	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909991415341	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2021-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,38	7,97	12,37	12,37	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2229	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05909991415358	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2021-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,07	11,96	17,79	17,79	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2230	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991415624	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2021-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,57	4,94	6,86	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,17
2231	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991415631	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2021-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,14	9,87	12,89	7,78	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,31
2232	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991415648	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2021-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	13,71	14,81	19,14	11,67	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,67
2233	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991425845	2021-03-01 - dla kolumny 13, 2021-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	19,00	20,52	28,65	28,65	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2234	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991252069	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,00	21,60	29,80	29,80	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
2235	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990053056	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,29	5,71	8,67	7,78	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,09
2236	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991425821	2021-03-01 - dla kolumny 13, 2021-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,50	10,26	15,19	15,19	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2237	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990933181	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,35	11,18	16,16	15,56	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,80
2238	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909991425838	2021-03-01 - dla kolumny 13, 2021-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,25	15,39	22,10	22,10	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2239	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990933198	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,59	16,84	23,63	23,35	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,08
2240	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316	<1>2022-01-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,51	3,79	5,71	3,89	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,02
2241	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316	<1>2022-01-01/<2>2023-03-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,51	3,79	5,71	3,89	<2>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	2,99
2242	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253	<1>2021-09-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,02	7,58	10,54	7,78	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,96

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 detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2243	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253	<1>2021-09-01/<2>2023-03-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,02	7,58	10,54	7,78	<2>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	5,09
2244	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,89	5,28	7,93	6,62	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,51
2245	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,69	10,47	14,95	13,23	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,92
2246	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,54	15,70	21,76	19,85	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,99
2247	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991404918	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,80	11,66	14,79	7,78	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,21
2248	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991404925	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,50	23,22	28,92	15,56	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	16,56
2249	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990652112	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,00	7,56	9,48	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,79
2250	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990933167	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,11	15,24	18,58	7,78	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	14,00

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2251	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909990933174	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,17	22,86	27,69	11,67	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	19,22
2252	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991404895	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,35	9,02	11,46	5,84	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,82
2253	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991404901	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	16,70	18,04	22,57	11,67	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	14,10
2254	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990705894	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,05	4,37	7,33	7,33	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2255	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990705474	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,17	2,34	4,26	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,57
2256	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990705726	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,44	3,72	6,37	6,37	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2257	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991196110	2023-05-01 - dla kolumny 13, 2023-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,62	15,79	21,05	15,56	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,69
2258	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991195977	2023-05-01 - dla kolumny 13, 2023-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,31	7,89	10,85	7,78	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,27

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2259	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991196042	2023-05-01 - dla kolumny 13, 2023-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,97	11,85	16,01	11,67	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,54
2260	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909990221028	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,70	22,36	30,60	30,60	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2261	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990220984	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,18	5,59	8,55	7,78	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,97
2262	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990220991	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,35	11,18	16,16	15,56	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,80
2263	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990221004	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,53	16,77	23,56	23,35	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,01
2264	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909990457236	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,36	11,19	16,17	15,56	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,81
2265	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990457212	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,95	3,19	5,11	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,42
2266	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990457229	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,18	5,59	8,55	7,78	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,97

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2267	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	04013054024331	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,77	8,39	12,38	11,67	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,91
2268	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05909990457335	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,66	19,07	26,58	26,46	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,56
2269	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990457311	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,40	4,75	7,40	6,62	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,98
2270	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990457328	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,75	9,45	13,88	13,23	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,85
2271	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	04013054024348	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	13,25	14,31	20,29	19,85	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,52
2272	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	05909991394585	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	41,40	44,71	54,29	31,13	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	29,56
2273	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991394554	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,35	11,18	14,27	7,78	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,69
2274	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991394462	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,63	23,36	29,07	15,56	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	16,71

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2275	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991394431	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,36	5,79	7,71	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,02
2276	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	05909991394516	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	31,05	33,53	41,32	23,35	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	22,77
2277	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991394486	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,76	8,38	10,82	5,84	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,18
2278	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991271756	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,87	11,74	14,86	7,78	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,28
2279	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt	05909991271763	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,75	23,49	29,21	15,56	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	16,85
2280	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991271695	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,45	5,89	7,81	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,12
2281	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt	05909991271701	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,90	11,77	14,89	7,78	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,31
2282	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991271732	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,17	8,82	11,26	5,84	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2283	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt	05909991271749	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	16,34	17,65	22,16	11,67	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	13,69
2284	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991488413	2023-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	18,90	20,41	28,53	28,53	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2285	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909991488345	2023-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,73	5,11	8,07	7,78	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,49
2286	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991488376	2023-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,45	10,21	15,13	15,13	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2287	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909991488390	2023-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,18	15,31	22,01	22,01	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2288	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909991488161	2023-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,45	10,21	15,13	15,13	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2289	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909991488086	2023-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,36	2,55	4,47	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,78
2290	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991488116	2023-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,73	5,11	8,07	7,78	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2291	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909991488147	2023-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,09	7,66	11,65	11,65	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2292	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05909991488291	2023-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	16,07	17,36	24,75	24,75	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,44
2293	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909991488215	2023-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,02	4,34	6,99	6,62	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,57
2294	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909991488253	2023-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,03	8,67	13,07	13,07	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2295	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05909991488277	2023-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,05	13,01	18,91	18,91	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2296	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt	05909991453558	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,62	9,31	12,29	7,78	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,71
2297	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991453572	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,24	18,62	24,04	15,56	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	11,68
2298	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt	05909991453497	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,31	4,65	6,57	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,88

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2299	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991453473	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,62	9,31	12,29	7,78	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,71
2300	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt	05909991453510	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,47	6,99	9,43	5,84	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,79
2301	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991453534	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,94	13,98	18,27	11,67	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,80
2302	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	10 ml	05909990719013	2022-01-01	3 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	4,35	4,70	6,19	2,29	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,19
2303	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	100 ml	05909990792016	2022-01-01	3 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	15,04	16,24	22,87	22,87	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2304	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	20 ml	05909990718917	2022-01-01	3 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	4,65	5,02	7,12	4,57	Nowotwory złośliwe		ryczałt	5,75
2305	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	05907626701852	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	15,27	16,49	23,21	23,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2306	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	05907626701869	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	66,94	72,30	88,98	88,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2307	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05907626701920	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	89,25	96,39	116,19	116,19	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
2308	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	05907626702040	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	133,88	144,59	169,60	169,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2309	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1 ml	05909990735242	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	178,51	192,79	222,44	222,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2310	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	05909990735273	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	223,13	240,98	274,80	274,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2311	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	05909990735303	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	267,76	289,18	327,18	327,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2312	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	05909990791286	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	200,79	216,85	248,59	248,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,84
2313	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791347	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	267,72	289,14	327,12	327,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2314	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,25 ml	05909990922741	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	334,50	361,26	405,51	405,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,40
2315	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791392	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	401,58	433,71	484,21	484,21	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2316	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,35 ml	05909990922758	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	468,30	505,76	562,52	562,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,96
2317	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791477	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	535,44	578,28	641,32	641,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2318	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,45 ml	05909990922765	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	602,10	650,27	719,55	719,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	11,52
2319	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990791521	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	669,30	722,84	797,96	797,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	12,80
2320	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,55 ml	05909990922772	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	735,90	794,77	875,59	875,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	14,08
2321	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990928125	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	803,16	867,41	954,00	954,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	15,36
2322	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730881	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	16,73	18,07	24,87	23,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,86
2323	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730911	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	22,31	24,09	32,39	30,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,64

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2324	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	05055565730959	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	27,88	30,11	39,63	38,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,15
2325	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730966	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	33,47	36,15	46,92	46,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,70
2326	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	05055565731000	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	39,03	42,15	54,11	54,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2327	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731024	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	44,62	48,19	61,09	61,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2328	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	05055565731062	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	50,18	54,19	68,05	68,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2329	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731079	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	55,78	60,24	75,04	75,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2330	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731116	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	66,93	72,28	88,97	88,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2331	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730898	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	66,93	72,28	88,97	88,97	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2332	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730928	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	89,24	96,38	116,17	116,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2333	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730973	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	133,86	144,57	169,58	169,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2334	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731031	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	178,48	192,76	222,41	222,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2335	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731086	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	223,10	240,95	274,77	274,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2336	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731123	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	267,72	289,14	327,12	327,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2337	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730904	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	133,86	144,57	169,58	169,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2338	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730935	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	178,48	192,76	222,41	222,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2339	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730980	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	267,72	289,14	327,12	327,12	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
2340	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731048	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	356,96	385,52	431,86	431,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,83
2341	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731093	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	446,20	481,90	536,58	536,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,53
2342	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731130	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	535,44	578,28	641,32	641,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2343	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 15 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346867	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	291,56	314,88	354,41	354,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2344	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346928	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	325,76	351,82	396,14	396,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,83
2345	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346980	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	407,20	439,78	491,93	491,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,53
2346	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991347048	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	488,64	527,73	587,74	587,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2347	Methotrexatum	Methotrexat-Ebewe, tabl., 5 mg	50 szt.	05909990453825	2022-03-01	3 lata	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	14,98	16,18	22,65	19,60	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2348	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05909991252724	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	83,50	90,18	109,60	109,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2349	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05909991252762	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	129,00	139,32	164,02	164,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2350	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05909991252809	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	175,50	189,54	218,99	218,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2351	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05909991252847	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	222,00	239,76	273,51	273,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2352	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7.5 mg	4 amp.-strz.	05909991252700	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	61,50	66,42	82,75	82,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2353	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 10 mg	100 szt.	05909991303617	2023-03-01	3 lata	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	58,00	62,64	78,39	78,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	42,67
2354	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	58,00	62,64	78,39	78,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	42,67
2355	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	14,48	15,64	22,08	19,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,15

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2356	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	12 amp.-strz.	05995327187068	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	242,40	261,79	298,14	298,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2357	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05995327187051	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	80,80	87,26	106,51	106,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2358	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 12.5 mg	12 amp.-strz.	05995327187099	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	301,67	325,80	367,92	367,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,40
2359	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 12.5 mg	4 amp.-strz.	05995327187082	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	101,00	109,08	130,80	130,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2360	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	12 amp.-strz.	05995327187129	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	363,60	392,69	440,74	440,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	7,68
2361	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05995327187112	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	121,20	130,90	155,09	155,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2362	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 17.5 mg	12 amp.-strz.	05995327187150	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	422,33	456,12	509,89	509,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,96
2363	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 17.5 mg	4 amp.-strz.	05995327187143	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	141,40	152,71	179,31	179,31	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2364	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	12 amp.-strz.	05995327187181	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	484,80	523,58	583,34	583,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2365	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05995327187174	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	161,60	174,53	203,08	203,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2366	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	12 amp.-strz.	05995327187242	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	606,00	654,48	725,49	725,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	12,80
2367	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05995327187235	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	202,00	218,16	250,61	250,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2368	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg	12 amp.-strz.	05995327187303	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	724,00	781,92	863,38	863,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	15,36
2369	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg	4 amp.-strz.	05995327187297	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	242,40	261,79	298,14	298,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2370	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7.5 mg	12 amp.-strz.	05995327187037	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	181,00	195,48	225,93	225,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,84
2371	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7.5 mg	4 amp.-strz.	05995327187020	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	60,60	65,45	81,72	81,72	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2372	Methylphenidati hydrochloridum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 18 mg	30 szt.	05909990655021	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	34,00	36,72	47,77	42,98	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	7,99
2373	Methylphenidati hydrochloridum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 36 mg	30 szt.	05909990655038	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	64,00	69,12	85,95	85,95	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	3,84
2374	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990652198	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	18,50	19,98	27,58	23,88	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	6,90
2375	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990652204	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	25,50	27,54	38,61	38,61	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	3,20
2376	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990652181	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	9,50	10,26	14,77	11,94	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	6,03
2377	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 10 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 10 mg	30 szt.	05909990652235	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	29,50	31,86	40,17	23,88	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	19,49
2378	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 20 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 20 mg	30 szt.	05909990652242	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	59,50	64,26	77,54	47,75	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	32,99
2379	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 30 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 30 mg	30 szt.	05909990652259	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	72,00	77,76	93,89	71,63	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	25,46
2380	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 40 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 40 mg	30 szt.	05909990652266	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	94,50	102,06	121,60	95,50	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	30,37

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2381	Methylprednisoloni acetas	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814	2022-01-01	3 lata	82.2, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon - postacie o przedłużonym uwalnianiu	9,70	10,48	15,23	15,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,62
2382	Methylprednisoloni acetas + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312	2022-01-01	3 lata	82.2, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon - postacie o przedłużonym uwalnianiu	10,00	10,80	15,58	15,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,97
2383	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990683215	2022-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	30,00	32,40	44,02	44,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,38
2384	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990683123	2022-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	6,00	6,48	9,64	8,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,53
2385	Methylprednisolonum	Meprelon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/infuzji, 1000 mg	1 fiol. + 1 amp.	05909990939220	2021-11-01	3 lata	82.1, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon	48,60	52,49	66,55	66,55	Zaostrzenie w przebiegu stwardnienia rozsianego		ryczałt	3,20
2386	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539	2022-03-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	22,68	24,49	33,21	33,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2387	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501	2022-03-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	6,00	6,48	9,64	8,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,53
2388	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464	2021-05-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	11,34	12,25	17,58	16,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,38
2389	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618	2022-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	22,69	24,51	33,22	33,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2390	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519	2022-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	5,98	6,46	9,62	8,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,51

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
2391	Methylprednisolonum	Solu-Medrol, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 mg	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp.	05909990236718	2022-07-01	3 lata	82.1, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon	32,30	34,88	44,50	33,28	Zaostrzenie w przebiegu stwardnienia rozsianego		ryczałt	14,42
2392	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,00	7,56	10,60	8,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,14
2393	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	5,10	5,51	7,48	4,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,35
2394	Metoprololi tartras	Metoprolol Medreg, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	08595566452483	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	5,20	5,62	8,66	8,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2395	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991120948	2022-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	5,99	6,47	9,81	9,81	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	2,94
2396	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991120962	2023-03-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	17,97	19,41	27,07	27,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,12
2397	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991121051	2022-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,85	21,44	29,22	29,22	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,77
2398	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991379391	2022-03-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	35,10	37,91	49,75	49,75	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	14,93
2399	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	03830044949655	2023-09-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	18,45	19,93	27,62	27,62	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,29
2400	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990883813	2022-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	5,92	6,39	9,73	9,73	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	2,92
2401	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909990764242	2022-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	17,74	19,16	26,80	26,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,04
2402	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991064525	2022-03-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	34,85	37,64	49,46	49,46	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	14,84
2403	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157716	2019-01-01	5 lat	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	6,53	7,05	10,39	9,81	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,52

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2404	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 30 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157822	2019-01-01	5 lat	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,60	21,17	28,94	28,94	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,68
2405	Mianserinum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990796618	2022-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	5,92	6,39	9,73	9,73	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	2,92
2406	Mianserinum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990796625	2022-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	17,70	19,12	26,76	26,76	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,03
2407	Mianserinum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	20 szt.	05909991124311	2022-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	12,30	13,28	18,93	18,93	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,68
2408	Miconazoli nitras	Gyno-Femidazol, tabl. dopochwowe, 100 mg	15 szt.	05909990281312	2022-01-01	3 lata	59.0, Leki antyseptyczne i dezynfekcyjne do stosowania dopochwowego - pochodne imidazolu o działaniu przeciwgrzybiczym	18,00	19,44	27,05	27,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,53
2409	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 10 mg/2ml	4 amp.-strzyk. po 2 ml	05909991449599	2022-11-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	360,00	388,80	432,08	274,67	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	160,61
2410	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 2.5 mg/0,5 ml	4 amp.-strzyk. 0,5 ml	05909991449568	2022-11-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	360,00	388,80	432,08	274,67	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	160,61
2411	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 5 mg/1 ml	4 amp.-strzyk. po 1 ml	05909991449575	2022-11-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	360,00	388,80	432,08	274,67	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	160,61
2412	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 7.5 mg/1,5 ml	4 amp.-strzyk. po 1,5 ml	05909991449582	2022-11-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	360,00	388,80	432,08	274,67	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	160,61
2413	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 10 mg/2ml	4 amp.-strzyk. po 2 ml	05909991500269	2023-11-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	222,50	240,30	274,67	274,67	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	3,20
2414	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 2.5 mg/0,5 ml	4 amp.-strzyk. po 0,5 ml	05909991500207	2023-11-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	222,50	240,30	274,67	274,67	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	3,20
2415	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 5 mg/1 ml	4 amp.-strzyk. po 1 ml	05909991500221	2023-11-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	222,50	240,30	274,67	274,67	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	3,20
2416	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 7.5 mg/1,5 ml	4 amp.-strzyk. po 1,5 ml	05909991500245	2023-11-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	222,50	240,30	274,67	274,67	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	3,20
2417	mieszanki alergoidów pyłku roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975419	2022-01-01	3 lata	214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego	217,00	234,36	268,20	268,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2418	Moclobemidum	Aurorix, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909990094813	2022-01-01	3 lata	227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	15,50	16,74	22,10	16,38	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,63

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2419	Moclobemidum	Mobemid, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909990966813	2022-01-01	3 lata	227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	12,00	12,96	18,10	16,38	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,63
2420	Moclobemidum	Moklar, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909990953714	2022-01-01	3 lata	227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	10,50	11,34	16,38	16,38	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,91
2421	Mometasoni fuoras	Momester, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but. po 140 dawek	05909991195366	2021-09-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	11,64	12,57	17,41	15,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,91
2422	Mometasoni furoas	Elitasone, maść, 1 mg/g	50 g	05906071039657	2021-05-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	10,84	11,71	17,02	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,69
2423	Mometasoni furoas	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	16,50	15,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,00
2424	Mometasoni furoas	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	33,31	33,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,66
2425	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	100 ml	05909991296384	2022-09-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	20,00	21,60	29,90	29,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,95
2426	Mometasoni furoas	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	20,64	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,31
2427	Mometasoni furoas	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	16,41	15,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,63
2428	Mometasoni furoas	Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g	50 g	05909991097059	2021-01-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	11,50	12,42	17,78	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,45
2429	Mometasoni furoas	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	15,01	15,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,51
2430	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991099688	2023-01-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	9,55	10,31	15,01	15,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,51
2431	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 but.po 140 daw.	05909991099695	2021-01-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	19,10	20,63	28,50	28,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,25
2432	Montelukastum	Asmenol, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990670758	2023-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,30	16,52	23,25	23,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,98

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2433	Montelukastum	Astmodil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990881734	2022-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	18,59	20,08	27,02	23,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	10,75
2434	Montelukastum	Astmodil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991422462	2022-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	18,59	20,08	27,02	23,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	10,75
2435	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758	2022-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	10,15	10,96	14,42	9,30	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,91
2436	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772	2022-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	12,45	13,45	17,68	11,63	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,54
2437	Montelukastum	Milukante, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990668137	2022-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	20,86	22,53	29,61	23,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	13,34
2438	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144	2022-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	11,06	11,94	15,46	9,30	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	8,95
2439	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120	2022-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	13,85	14,96	19,27	11,63	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	11,13
2440	Montelukastum	Monkasta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671243	2022-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	17,72	19,14	26,01	23,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,74
2441	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685	2022-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	9,50	10,26	13,68	9,30	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,17

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2442	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647	2022-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	12,10	13,07	17,28	11,63	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,14
2443	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990871858	2022-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,15	16,36	23,07	23,07	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,92
2444	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powl., 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	22,45	22,45	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,74
2445	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990780266	2022-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,30	16,52	23,25	23,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,98
2446	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991472023	2023-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	14,50	15,66	22,64	22,64	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,79
2447	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991457013	2021-11-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	14,55	15,71	22,69	22,69	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,81
2448	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991472030	2023-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	29,00	31,32	42,18	42,18	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	12,65
2449	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907626703481	2022-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	35,70	38,56	49,85	49,82	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	14,98
2450	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743	2022-03-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	9,50	10,26	13,68	9,30	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,17

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2451	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767	2022-03-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	9,09	9,82	13,83	11,63	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	5,69
2452	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294	2022-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	17,40	18,79	25,65	23,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,38
2453	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188	2022-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	6,60	7,13	10,47	9,30	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	3,96
2454	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263	2023-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	8,04	8,68	12,64	11,63	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	4,50
2455	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671090	2022-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	18,00	19,44	26,34	23,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	10,07
2456	Montelukastum	Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990671052	2022-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	9,50	10,26	13,68	9,30	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,17
2457	Montelukastum	Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990671076	2022-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	11,99	12,95	17,15	11,63	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,01
2458	Montelukastum	Romilast, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991007300	2022-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,45	16,69	23,42	23,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,15
2459	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263	2022-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	6,45	6,97	10,31	9,30	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	3,80

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2460	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270	2022-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	8,02	8,66	12,62	11,63	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	4,48
2461	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	5,80	6,26	9,35	6,78	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	5,77
2462	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	5,80	6,26	9,35	6,78	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,57
2463	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	49,55	53,51	68,35	67,78	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,77
2464	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	49,55	53,51	68,35	67,78	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,57
2465	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	83,33	90,00	111,03	111,03	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	6,40
2466	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	83,33	90,00	111,03	111,03	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2467	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	15,80	17,06	24,15	20,33	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	7,02
2468	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	15,80	17,06	24,15	20,33	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,82
2469	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	27,02	29,18	39,93	39,93	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2470	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	27,02	29,18	39,93	39,93	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2471	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919	2022-01-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	13,69	14,79	19,45	12,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,72
2472	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919	2022-01-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	13,69	14,79	19,45	12,93	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,52
2473	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015	2022-01-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	17,13	18,50	25,86	25,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2474	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015	2022-01-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	17,13	18,50	25,86	25,86	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2475	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	11,50	12,42	17,66	13,56	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	7,30
2476	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	11,50	12,42	17,66	13,56	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,10
2477	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	111,00	119,88	142,70	135,55	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	13,55
2478	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	111,00	119,88	142,70	135,55	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,15
2479	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	219,46	237,02	271,10	271,10	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	12,80
2480	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	219,46	237,02	271,10	271,10	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2481	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	32,92	35,55	46,69	40,67	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	9,22
2482	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	32,92	35,55	46,69	40,67	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,02
2483	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	65,84	71,11	88,26	81,33	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	10,77
2484	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	65,84	71,11	88,26	81,33	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,93
2485	Morphini sulfas	Oramorph, krople doustne, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 20 ml	05909991436902	2023-11-01	2 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu	16,90	18,25	25,65	23,61	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		30%	9,12
2486	Morphini sulfas	Oramorph, krople doustne, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 20 ml	05909991436902	2023-11-01	2 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu	16,90	18,25	25,65	23,61	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,04
2487	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990336425	2022-01-01	3 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu	52,00	56,16	70,83	70,83	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	3,20
2488	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990336425	2022-01-01	3 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu	52,00	56,16	70,83	70,83	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2489	Mycophenolas mofetil	CellCept, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 1 g/5 ml	110 g (175 ml)	05909990980918	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	193,74	209,24	235,83	110,63	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	ryczałt	128,40
2490	Mycophenolas mofetil	CellCept, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990707614	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	99,70	107,68	126,18	79,02	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	ryczałt	50,36
2491	Mycophenolas mofetil	CellCept, tabl., 500 mg	50 szt.	05909990707515	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	99,70	107,68	126,18	79,02	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	ryczałt	50,36
2492	Mycophenolas mofetil	Mycofit, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990754472	2021-07-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	58,50	63,18	79,02	79,02	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	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2493	Mycophenolas mofetil	Mycofit, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990750993	2021-07-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	58,50	63,18	79,02	79,02	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	ryczałt	3,20
2494	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 250 mg kapsułki twarde, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990074563	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	58,00	62,64	78,45	78,45	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	ryczałt	3,20
2495	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 500 mg	50 szt. (blister)	05909990715268	2022-05-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	65,00	70,20	86,46	79,02	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	ryczałt	10,64
2496	Mycophenolas mofetil	Myfenax, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990638185	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	61,85	66,80	82,85	79,02	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	ryczałt	7,03

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 detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2497	Mycophenolas mofetil	Myfenax, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990638208	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2021-03-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	61,85	66,80	82,85	79,02	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	ryczałt	7,03
2498	Nabumetonum	Nabuton VP, tabl., 500 mg	20 szt.	05909990962419	2022-01-01	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	14,51	5,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,96
2499	Nabumetonum	Nabuton VP, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990962426	2022-01-01	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	41,87	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	34,21

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2500	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	49,89	53,88	64,92	34,36	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 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 odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej 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 żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	33,76

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2501	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	66,50	71,82	85,43	45,81	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 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 odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej 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 żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	42,82

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2502	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	99,75	107,73	125,50	68,72	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 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 odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej 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 żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	59,98

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2503	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	128,00	138,24	159,82	91,63	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 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 odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej 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 żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	71,39

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2504	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 9500 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990075829	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	158,08	170,73	195,27	114,53	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 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 odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej 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 żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	84,30

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2505	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	182,63	197,24	224,38	137,44	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 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 odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej 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 żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	91,21

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2506	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	245,60	265,25	298,46	183,25	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 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 odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej 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 żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	120,90

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2507	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 19000 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990837137	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	298,60	322,49	360,25	229,07	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 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 odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej 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 żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej 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	138,29
2508	Naldemedinum	Rizmoic, tabl. powl., 200 µg	28 szt.	05060431940073	2023-01-01	2 lata	253.0, Leki stosowane w zaparciach - antagoniści receptorów opioidowych	197,00	212,76	244,68	244,68	Leczenie zaparć indukowanych opioidami u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową i uprzednio leczonych bezskutecznie środkami przeczyszczającymi, u których nie jest stosowany inny antagonista 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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2509	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg	60 szt.	05909991054991	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	13,49	14,57	19,53	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,87
2510	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg	60 szt.	05909991055066	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	27,24	29,42	37,82	30,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,49
2511	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	30 szt.	05909990661404	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,25	7,83	10,64	7,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,81
2512	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	90 szt.	05909990661435	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	20,75	22,41	29,22	23,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,72
2513	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990661442	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	14,53	15,69	20,72	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,06
2514	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991040529	2022-01-01	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	10,59	7,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,76
2515	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991040536	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	12,00	12,96	17,29	12,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,90

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2516	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	15 szt.	05909990644179	2022-01-01	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	10,59	7,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,76
2517	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990644186	2023-01-01	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	19,54	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,88
2518	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	8,59	7,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,76
2519	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	16,34	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,68
2520	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 250 mg	10 szt.	05909990914319	2022-01-01	3 lata	141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego	8,00	8,64	11,76	8,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,34
2521	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 500 mg	10 szt.	05909990914418	2022-01-01	3 lata	141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego	12,00	12,96	18,27	17,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,42
2522	Naproxenum	Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg	20 szt.	05909990466818	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,60	11,45	15,05	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,94
2523	Naproxenum	Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990860685	2022-09-01	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	20,00	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,34

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2524	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	20 szt.	05909990615438	2022-01-01	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	9,84	5,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,03
2525	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	60 szt.	05909990948536	2022-11-01	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	22,11	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,68
2526	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	20 szt.	05909990624515	2022-01-01	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	19,07	11,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,45
2527	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	60 szt.	05909990948543	2022-11-01	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	42,46	33,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,60
2528	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	10 szt.	05909991023782	2022-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	4,99	5,39	7,69	5,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,88
2529	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	20 szt.	05909991023799	2022-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,98	10,78	14,59	11,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,97
2530	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	30 szt.	05909991023805	2022-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	14,97	16,17	21,51	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,08

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2531	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	60 szt.	05909991023836	2022-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	29,94	32,34	41,25	33,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,39
2532	Natrii risedronas	Risendros 35, tabl. powl., 35 mg	4 szt.	05909990082599	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	9,93	10,72	14,87	12,50	Osteoporoza	osteoporoza posterydowa - profilaktyka	30%	6,12
2533	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt.	05909990042371	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	30,00	32,40	43,03	43,03	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
2534	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt.	05909990042371	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	30,00	32,40	43,03	43,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2535	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990042364	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	52,00	56,16	70,81	70,81	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,56
2536	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990042364	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	52,00	56,16	70,81	70,81	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2537	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	23,60	25,49	34,82	34,82	Padaczka	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2538	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166	2021-07-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	23,60	25,49	34,82	34,82	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2539	Natrii valproas	Convulex, syrop, 50 mg/ml	1 but.po 100 ml	05909990023912	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	7,76	8,38	10,56	4,57	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,19
2540	Natrii valproas	Depakine, syrop, 288.2 mg/5 ml	150 ml	05909990307418	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	11,89	12,84	16,19	7,91	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	11,48
2541	Natrii valproas	ValproLEK 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909990619658	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	8,70	9,40	13,98	13,98	<1>Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
2542	Natrii valproas	ValproLEK 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909990619658	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	8,70	9,40	13,98	13,98	<2>Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2543	Natrii valproas	ValproLEK 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990619672	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	14,75	15,93	22,69	22,69	<1>Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
2544	Natrii valproas	ValproLEK 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990619672	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	14,75	15,93	22,69	22,69	<2>Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2545	Nebivololi hydrochloridum	Nebivolol Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991369552	2022-09-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,20	7,78	11,69	11,69	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2546	Nebivololum	Daneb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990750290	2022-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,47	10,23	14,21	12,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,29
2547	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990662425	2021-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,14	8,79	12,91	12,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2548	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990662456	2021-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	16,00	17,28	24,29	24,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40
2549	Nebivololum	Ivineb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990805495	2021-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,56	8,16	12,07	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2550	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991390358	2022-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	15,23	16,45	23,09	23,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,97
2551	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991390372	2022-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	30,46	32,90	43,39	43,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,95
2552	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990685189	2021-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,45	12,37	16,48	12,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,56
2553	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	56 szt.	05909990685202	2021-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	17,00	18,36	25,12	24,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,84
2554	Nebivololum	Nebilenin, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990689774	2022-05-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,18	13,15	17,31	12,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,39
2555	Nebivololum	Nebilet, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990670185	2021-05-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,52	12,44	16,56	12,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,64
2556	Nebivololum	Nebinad, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990648719	2021-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,20	12,10	16,19	12,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,27
2557	Nebivololum	Nebispes, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990673865	2022-05-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,00	11,88	15,96	12,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,04
2558	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	13,55	12,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2559	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	56 szt.	05907626703597	2021-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	15,20	16,42	23,06	23,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,97
2560	Nebivololum	Nebivolol Aurovitas, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991357047	2022-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,62	8,23	12,14	12,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,22
2561	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	12,81	12,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2562	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641000	2021-09-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	28,50	30,78	40,60	40,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,67
2563	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990640997	2021-09-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,50	9,18	13,31	12,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,52
2564	Nebivololum	Nedal, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990642809	2022-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	13,08	14,13	18,34	12,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,42
2565	Nimesulidum	Aulin, tabl., 100 mg	15 szt.	05909990411320	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,00	6,48	8,33	3,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,42
2566	Nimesulidum	Aulin, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz. po 2 g	05909990411436	2021-07-01	3 lata	141.4, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,80	12,74	18,21	18,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,17
2567	Nimesulidum	Aulin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990411337	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	11,98	12,94	15,99	7,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,16
2568	Nimesulidum	Nimesil, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz.po 2 g	05909991040338	2022-01-01	3 lata	141.4, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,70	12,64	18,09	18,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2569	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990694778	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,55	3,83	5,84	4,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	4,71
2570	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990694785	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,10	7,67	10,80	8,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	5,34
2571	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990694761	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,20	5,62	8,75	8,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	3,29
2572	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990694754	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,48	11,32	16,54	16,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	6,40
2573	Norethisteroni acetas + Estradioli valeras	Cliovelle 1 mg / 0,5 mg tabletki, tabl., 1+0,5 mg	28 szt.	05909990067794	2022-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	16,80	18,14	23,56	16,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,20
2574	Octreotidum	Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909991416461	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	519,22	560,76	623,70	623,70	Akromegalia; Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnie: 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 hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych 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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2575	Octreotidum	Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909991416485	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	1038,45	1121,53	1230,35	1230,35	Akromegalia; Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnie: 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 hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2576	Octreotidum	Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909991416508	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	1557,67	1682,28	1836,63	1836,63	Akromegalia; Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnie: 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 hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,57
2577	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2021-03-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	40,00	43,20	53,60	31,19	Akromegalia	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	25,61
2578	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2021-03-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	30,00	32,40	39,40	15,59	Akromegalia	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	27,01

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2579	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459711	<1>2022-01-01/<2>2021-07-01 - dla kolumny 13, <1>2021-03-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	519,22	560,76	623,70	623,70	<1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnie: 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 hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2580	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459612	<1>2022-01-01/<2>2021-07-01 - dla kolumny 13, <1>2021-03-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	1038,45	1121,53	1230,35	1230,35	<1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnie: 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 hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2581	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459513	<1>2022-07-01/<2>2021-07-01 - dla kolumny 13, <1>2021-03-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	1557,67	1682,28	1836,63	1836,63	<1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnie: 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 hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,57
2582	Ofloxacinum	Tarivid 200, tabl. powl., 200 mg	10 szt.	05909990111213	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	11,98	12,94	17,04	11,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,14

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2583	Ofloxacinum	Tarivid 200, tabl. powl., 200 mg	10 szt.	05909990111213	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	11,98	12,94	17,04	11,80	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	5,24
2584	Olanzapina	Olanzin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991369781	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	52,00	56,16	73,14	73,14	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2585	Olanzapina	Olanzin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991369743	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,60	27,65	38,92	38,92	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2586	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990806799	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	52,00	56,16	72,83	72,83	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2587	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990806843	2022-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	77,50	83,70	104,03	104,03	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2588	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990806881	2022-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,00	111,24	135,21	135,21	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2589	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990806751	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,00	28,08	39,07	39,07	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2590	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991480592	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	66,80	72,14	89,77	88,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,87

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2591	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991461294	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	67,20	72,58	90,23	88,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,33
2592	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990824106	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	70,00	75,60	93,44	88,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	8,54
2593	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991480622	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	133,60	144,29	170,25	170,25	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,97
2594	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991461300	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	134,40	145,15	171,16	171,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,97
2595	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990827343	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	138,80	149,90	176,20	176,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,97
2596	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990824076	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,00	37,80	49,38	44,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	8,53
2597	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991095666	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,40	74,95	92,74	88,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,84
2598	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990697649	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,60	63,29	80,39	80,39	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2599	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991136475	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,60	63,29	80,39	80,39	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2600	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991136499	2023-09-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	79,80	86,18	106,67	106,67	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2601	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991136512	2023-09-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	106,40	114,91	139,10	139,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2602	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990697526	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,30	31,64	42,85	42,85	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2603	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991136451	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,30	31,64	42,85	42,85	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2604	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg	30 szt.	05901720140074	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,00	73,44	91,46	91,46	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2605	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg	30 szt.	05901720140067	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,00	36,72	48,53	47,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,53
2606	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990793365	<1>2022-05-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	70,26	75,88	93,74	88,10	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	8,84

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2607	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990793389	<1>2022-05-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	70,26	75,88	93,74	88,10	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	8,84
2608	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	98 szt.	05909991230616	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	241,00	260,28	296,50	296,50	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,45
2609	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg	98 szt.	05909991230593	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	251,50	271,62	308,52	308,35	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,62
2610	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990793402	2022-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	137,73	148,75	174,97	174,97	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2611	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990793341	<1>2022-05-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,58	36,27	47,75	44,05	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,90
2612	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	98 szt.	05909991230609	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	120,50	130,14	154,25	154,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,30
2613	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg	98 szt.	05909991230586	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	125,00	135,00	159,40	154,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,45
2614	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990865956	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,90	40,93	56,68	56,68	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2615	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990866021	2022-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,85	61,40	80,39	80,39	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2616	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990865901	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,95	20,47	31,01	31,01	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2617	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990763467	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	72,80	78,62	96,64	88,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	11,74
2618	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990763481	2021-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	109,20	117,94	140,32	132,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	12,65
2619	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990763498	2021-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	145,60	157,25	183,99	176,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	13,76
2620	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990763443	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,40	39,31	50,98	44,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,13
2621	Olanzapinum	Olanzapine Mylan, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05901878600451	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	55,95	60,43	77,35	77,35	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2622	Olanzapinum	Olanzapine Mylan, tabl. powl., 10 mg	98 szt.	05902020926870	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	186,00	200,88	233,53	233,53	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,45

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2623	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990766901	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	53,20	57,46	74,20	74,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2624	Olanzapinum	Olanzaran, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990767052	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	53,20	57,46	74,20	74,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2625	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990766895	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,60	28,73	39,77	39,77	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2626	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990637218	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	67,32	72,71	90,37	88,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,47
2627	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990637126	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,68	34,21	45,58	44,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,73
2628	Olanzapinum	Olazax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990782246	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	61,60	66,53	83,82	83,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2629	Olanzapinum	Olazax, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990782239	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,80	33,26	44,57	44,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,72
2630	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990782260	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	61,60	66,53	83,82	83,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2631	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 tabl.	05909991094539	2022-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	92,40	99,79	121,09	121,09	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2632	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990925186	2022-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	123,20	133,06	158,34	158,34	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2633	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990782253	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,80	33,26	44,57	44,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,72
2634	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990781805	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	64,00	69,12	86,57	86,57	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2635	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990781782	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,00	33,48	44,80	44,05	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,95
2636	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	112 szt.	05909991231910	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	286,72	309,66	349,92	349,92	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	11,95
2637	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	120 szt.	05909991144265	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2021-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	274,20	296,14	336,21	336,21	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	12,80
2638	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990335367	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	72,02	77,78	95,75	88,10	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,85

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2639	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990422241	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	77,70	83,92	102,56	94,39	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	11,37
2640	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990335374	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	145,40	157,03	183,75	176,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	13,52
2641	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990422258	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	155,40	167,83	195,53	188,79	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	13,14
2642	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991066000	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	233,10	251,75	286,83	283,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	13,25
2643	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	112 szt.	05909991231927	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	143,36	154,83	181,42	176,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	11,19
2644	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05909991144258	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2021-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	137,10	148,07	174,59	174,59	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,40
2645	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990335343	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,01	38,89	50,53	44,05	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,68
2646	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990422265	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,85	41,96	54,08	47,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2647	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909990335350	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	72,70	78,52	96,52	88,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	11,62
2648	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990422272	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	77,70	83,92	102,56	94,39	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	11,37
2649	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991065942	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	116,55	125,87	149,15	141,59	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	12,36
2650	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990640287	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,32	81,35	99,53	88,10	Schizofrenia	choroba Huntingtona	ryczałt	14,63
2651	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991444570	2023-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,90	44,17	60,12	60,12	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2652	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05903792743061	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	45,40	49,03	65,27	65,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2653	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05901878600123	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	60,00	64,80	81,99	81,99	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2654	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990069866	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,28	73,74	91,47	88,10	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2655	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991081911	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,28	73,74	91,47	88,10	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,57
2656	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	70 szt.	05909990069897	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	178,49	192,77	222,75	220,25	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,97
2657	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	05909990069361	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	178,49	192,77	222,75	220,25	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,97
2658	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990069958	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	102,43	110,62	132,58	132,15	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,91
2659	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	70 szt.	05909990069989	2021-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	267,74	289,16	327,64	327,64	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,20
2660	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990070008	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	136,57	147,50	173,64	173,64	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2661	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	70 szt.	05909990070046	2021-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	356,99	385,55	432,55	432,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	14,93
2662	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05901878600826	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,68	24,49	35,27	35,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2663	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05903792743078	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,70	24,52	35,29	35,29	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
2664	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990069705	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,14	36,87	48,40	44,05	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,55
2665	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991081812	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,14	36,87	48,40	44,05	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,55
2666	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	05909990069293	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	89,25	96,39	116,50	110,13	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,10
2667	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	70 szt.	05909990069750	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	89,25	96,39	116,50	110,13	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,10
2668	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	120 szt.	05906414000610	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	312,48	337,48	380,04	377,57	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	15,27
2669	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990917013	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	80,70	87,16	105,99	94,39	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	14,80
2670	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	80,70	87,16	105,99	94,39	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	14,80
2671	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991191184	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	242,10	261,47	297,13	283,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	23,55

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
2672	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05906414002737	2022-07-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	117,15	126,52	149,84	141,59	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	13,05
2673	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05906414002744	2022-07-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	351,45	379,57	425,82	424,77	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	15,45
2674	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05906414002751	2022-07-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	156,20	168,70	196,45	188,79	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	14,06
2675	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05906414002768	2022-07-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	468,60	506,09	563,46	563,46	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	19,20
2676	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05906414000603	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	156,24	168,74	196,49	188,79	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	14,10
2677	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,03	39,99	52,00	47,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	8,00
2678	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990916917	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,35	43,58	55,80	47,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	11,80
2679	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991191177	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	121,05	130,73	154,30	141,59	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	17,51
2680	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7.5 mg	30 szt.	05909991064617	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	55,55	59,99	75,32	70,79	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2681	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	05906414000696	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	291,65	314,98	355,57	352,40	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	15,12
2682	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990775682	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,75	80,73	98,88	88,10	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	13,98
2683	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414000665	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	219,97	237,57	271,32	264,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	15,98
2684	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	05906414000702	2022-07-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	437,47	472,47	526,88	526,88	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	17,92
2685	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990775712	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,13	121,10	143,68	132,15	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	16,01
2686	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414000672	2022-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	329,96	356,36	400,52	396,45	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	17,51
2687	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	05906414000719	2022-07-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	583,30	629,96	698,19	698,19	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	23,89
2688	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990775729	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	149,51	161,47	188,46	176,20	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	18,23
2689	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	05906414000689	2022-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	439,94	475,14	529,71	528,60	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	19,03

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2690	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	05906414000658	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	145,82	157,49	184,24	176,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	14,01
2691	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990775675	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,37	40,36	52,09	44,05	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	11,24
2692	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	05906414000641	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	109,98	118,78	141,22	132,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	13,55
2693	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991097011	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	73,17	79,02	97,37	94,39	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,18
2694	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05903060609709	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	229,49	247,85	282,69	282,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,60
2695	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05909990849581	2022-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	117,90	127,33	150,70	141,59	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	13,91
2696	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05903060609716	2022-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	346,95	374,71	420,67	420,67	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	14,40
2697	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990849635	2022-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	162,00	174,96	203,09	188,79	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	20,70
2698	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05903060609723	2022-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	466,20	503,50	560,70	560,70	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	19,20

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2699	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991096816	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,29	39,19	51,16	47,20	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,16
2700	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05903060609693	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,21	121,19	144,19	141,59	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,40
2701	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990892129	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	71,96	77,72	95,68	88,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,78
2702	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05909990892143	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	145,60	157,25	183,99	176,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	13,76
2703	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990892150	2022-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	110,88	119,75	142,24	132,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	14,57
2704	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05909990892174	2021-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	222,60	240,41	274,34	264,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	19,00
2705	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990892303	2022-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	149,52	161,48	188,47	176,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	18,24
2706	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	05909990892341	2021-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	299,04	322,96	364,03	352,40	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	23,58
2707	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990892082	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,16	36,89	48,42	44,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2708	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	05909990892105	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	71,12	76,81	94,72	88,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,82
2709	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990914647	2021-03-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,25	62,91	79,99	79,99	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2710	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990914654	2021-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	96,00	103,68	125,21	125,21	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2711	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990914661	2021-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,00	120,96	145,52	145,52	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2712	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990914630	2021-03-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,80	31,10	42,28	42,28	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2713	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	2022-01-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	506,00	546,48	608,25	607,13	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	4,32
2714	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	2022-01-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	727,57	785,78	867,33	867,33	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
2715	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	2022-01-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	982,26	1060,84	1164,74	1164,74	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	4,32

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2716	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	1 wkład 30 dawek + 1 inh.	05909991257439	2021-03-01	3 lata	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	141,75	153,09	177,58	134,31	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	83,56
2717	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	wkład uzupełniający 30 dawek	05909991432034	2022-05-01	3 lata	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	136,60	147,53	171,68	134,31	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	77,66
2718	Omeprazolum	Agastin 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990068425	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,00	7,56	11,85	11,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,93
2719	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990880225	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,98	15,10	19,76	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,55
2720	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991140779	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	18,10	19,55	26,94	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	14,51
2721	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	56 szt.	05909991140809	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	28,20	30,46	41,46	41,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	20,73
2722	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420537	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,00	11,88	16,34	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,13
2723	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	56 szt.	05909990420544	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,00	23,76	31,40	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	18,97

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2724	Omeprazolum	Goprazol 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990077663	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,50	8,10	12,39	12,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,20
2725	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	14 szt. (but. 20 ml)	05909990420612	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,02	6,50	9,09	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,98
2726	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420629	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,88	13,91	18,49	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,28
2727	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	90 szt.	05909990422654	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	34,63	37,40	47,69	39,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	27,71
2728	Omeprazolum	Helicid Forte, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990921324	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	19,50	21,06	28,53	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	16,10
2729	Omeprazolum	Heligen Neo, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991274467	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2021-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,97	5,37	9,66	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,83
2730	Omeprazolum	Heligen Neo, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991274511	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2021-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,94	10,74	17,59	17,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	8,80
2731	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990668779	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,98	6,46	10,75	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,38

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2732	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991271442	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,76	12,70	19,68	19,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,84
2733	Omeprazolum	Polprazol, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990772667	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	15,00	16,20	20,92	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	14,71
2734	Omeprazolum	Polprazol PPH, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990077731	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,98	24,82	32,52	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	20,09
2735	Omeprazolum	Prazol, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990772933	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,48	14,56	19,18	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,97
2736	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991272753	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,80	5,18	9,47	9,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,74
2737	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991272739	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,00	8,64	15,39	15,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,70
2738	Omeprazolum	Progastim, kaps. dojel., 20 mg	1 but.po 28 szt.	05909990635450	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,45	10,21	14,57	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	8,36
2739	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990796298	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,92	11,79	16,26	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2740	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990796359	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	20,90	22,57	30,13	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	17,70
2741	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990796533	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	20,90	22,57	30,13	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	17,70
2742	Ondansetronum	Atossa, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990744510	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	31,90	34,45	45,34	45,34	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2743	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	10 szt.	05909990777044	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	15,95	17,23	24,17	22,67	Nowotwory złośliwe		ryczałt	4,70
2744	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg	10 szt.	05909990777150	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	25,90	27,97	38,48	38,48	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2745	Ondansetronum	Setronon, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990994717	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	31,90	34,45	45,34	45,34	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2746	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 4 mg	10 szt.	05909990001811	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	26,00	28,08	35,67	22,67	Nowotwory złośliwe		ryczałt	16,20
2747	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990001910	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	44,00	47,52	59,20	45,34	Nowotwory złośliwe		ryczałt	17,06
2748	Ondansetronum	Zofran Zydis, liofilizat doustny, 8 mg	10 szt.	05909990888016	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	42,50	45,90	57,48	45,34	Nowotwory złośliwe		ryczałt	15,34
2749	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 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	24,96	22,12	Padaczka		ryczałt	6,04

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2750	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 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	46,80	44,24	Padaczka		ryczałt	5,76
2751	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 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	88,47	88,47	Padaczka		ryczałt	3,20
2752	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480	2022-11-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	35,77	38,63	49,97	44,24	Padaczka		ryczałt	8,93
2753	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497	2022-11-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	74,00	79,92	97,63	88,47	Padaczka		ryczałt	12,36
2754	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990825615	2022-01-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	35,77	38,63	49,97	44,24	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	8,93
2755	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115	2022-01-01	3 lata	160.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - płynne postacie farmaceutyczne	62,78	67,80	84,41	84,41	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
2756	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990825714	2022-01-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	71,20	76,90	94,42	88,47	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	9,15
2757	Oxybutynini hydrochloridum	Driptane, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990783816	2022-01-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	15,10	16,31	21,88	17,55	Stwardnienie rozsiane		30%	9,60
2758	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	9,27	8,78	Stwardnienie rozsiane		30%	3,12
2759	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	17,55	17,55	Stwardnienie rozsiane		30%	5,27
2760	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	100 szt.	05909990940769	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	55,00	59,40	73,77	58,85	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	18,12
2761	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	100 szt.	05909990940769	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	55,00	59,40	73,77	58,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2762	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	100 szt.	05909990941247	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	110,00	118,80	140,74	117,69	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	26,25
2763	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	100 szt.	05909990941247	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	110,00	118,80	140,74	117,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	26,25
2764	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	100 szt.	05909990941407	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	220,00	237,60	270,82	235,38	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	41,13
2765	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	100 szt.	05909990941407	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	220,00	237,60	270,82	235,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	41,13
2766	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	100 szt.	05909990941568	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	440,00	475,20	528,68	470,77	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	69,29
2767	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	100 szt.	05909990941568	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	440,00	475,20	528,68	470,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	69,29
2768	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	32,40	34,99	45,36	35,31	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	13,25
2769	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	32,40	34,99	45,36	35,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,25
2770	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	64,80	69,98	86,10	70,62	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	18,68
2771	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	64,80	69,98	86,10	70,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	18,68
2772	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	129,60	139,97	164,28	141,23	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	26,46
2773	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	129,60	139,97	164,28	141,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	26,46

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2774	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	16,50	17,82	24,34	17,65	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	9,89
2775	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	16,50	17,82	24,34	17,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,89
2776	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	259,20	279,94	316,89	282,46	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	41,26
2777	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	259,20	279,94	316,89	282,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	41,26
2778	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	28,64	30,93	41,06	35,31	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	8,95
2779	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	28,64	30,93	41,06	35,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,95
2780	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	57,28	61,86	77,49	70,62	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	10,07
2781	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	57,28	61,86	77,49	70,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,07
2782	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	114,56	123,72	147,05	141,23	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	9,23
2783	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	114,56	123,72	147,05	141,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,23
2784	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	14,32	15,47	21,84	17,65	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	7,39
2785	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	14,32	15,47	21,84	17,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,39

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2786	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	229,12	247,45	282,46	282,46	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	6,83
2787	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	229,12	247,45	282,46	282,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2788	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 tabl.	05909991184827	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	27,49	29,69	39,74	35,31	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	7,63
2789	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 tabl.	05909991184827	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	27,49	29,69	39,74	35,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,63
2790	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 tabl.	05909991184865	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	58,74	63,44	79,15	70,62	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	11,73
2791	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 tabl.	05909991184865	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	58,74	63,44	79,15	70,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,73
2792	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 tabl.	05909991184902	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	124,50	134,46	158,44	141,23	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	20,62
2793	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 tabl.	05909991184902	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	124,50	134,46	158,44	141,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	20,62
2794	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 tabl.	05909991184742	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	15,80	17,06	23,54	17,65	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	9,09
2795	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 tabl.	05909991184742	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	15,80	17,06	23,54	17,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,09
2796	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 tabl.	05909991184940	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	259,20	279,94	316,89	282,46	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kauzalgia		ryczałt	41,26
2797	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 tabl.	05909991184940	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	259,20	279,94	316,89	282,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	41,26
2798	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05908289660425	2022-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	67,96	73,40	90,93	90,93	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2799	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05908289660432	2022-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	143,22	154,68	181,08	181,08	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2800	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05908289660449	2022-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	286,44	309,36	349,43	349,43	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2801	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05908289660418	2022-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	33,98	36,70	48,09	45,47	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	2,62
2802	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	30 szt.	05909991381677	2022-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	30,30	32,72	43,88	43,88	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2803	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	30 szt.	05909991381783	2022-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	60,60	65,45	82,51	82,51	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2804	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	30 szt.	05909991381899	2022-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	121,20	130,90	155,88	155,88	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2805	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	30 szt.	05909991381561	2022-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	17,10	18,47	25,79	22,73	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	3,06
2806	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05909990741366	2022-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	76,00	82,08	100,13	90,93	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	9,20
2807	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05909990741472	2022-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	136,00	146,88	172,82	172,82	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2808	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05909990741595	2022-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	272,00	293,76	332,90	332,90	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2809	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05909990741878	2022-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	34,00	36,72	48,11	45,47	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	2,64
2810	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 - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	402,00	434,16	485,50	485,50	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, 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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2811	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 - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	609,60	658,37	729,08	729,08	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2812	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 - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	299,46	323,42	365,03	365,03	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2813	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 - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	402,00	434,16	485,50	485,50	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2814	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 - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	609,60	658,37	729,08	729,08	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2815	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 - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	196,00	211,68	243,50	243,50	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2816	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 - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	299,46	323,42	365,03	365,03	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2817	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 - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	403,35	435,62	487,04	487,00	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,04

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2818	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 - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	610,91	659,78	730,57	730,50	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,07
2819	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 - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	299,68	323,65	365,28	365,25	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,03
2820	Paliperidonum	Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 263 mg	1 amp.-strz. 1,315ml + 2 igły	05909991281465	2022-01-01	2 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	1131,41	1221,92	1336,58	1280,81	Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperydonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc		bezpłatny do limitu	55,77
2821	Paliperidonum	Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 350 mg	1 amp.-strz. 1,75ml + 2 igły	05909991281472	2022-01-01	2 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	1505,67	1626,12	1772,85	1704,50	Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperydonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc		bezpłatny do limitu	68,35
2822	Paliperidonum	Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 525 mg	1 amp.-strz. 2,625ml + 2 igły	05909991281489	2022-01-01	2 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	2258,50	2439,18	2650,40	2556,75	Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperydonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc		bezpłatny do limitu	93,65
2823	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	05909990861194	2022-09-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	470,00	507,60	563,35	487,00	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	76,35
2824	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	05909990861200	2022-09-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	715,95	773,23	850,83	730,50	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	120,33

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2825	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	05909990861187	2022-09-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	352,47	380,67	425,72	365,25	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	60,47
2826	Pancreatinum	Lipancrea 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. Lipazy	60 szt.	05909990723164	<1>2022-09-01/<2>2022-01-01	3 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	34,21	36,95	48,38	48,38	<2>Stany zewnątrzwydzielniczej niewydolności trzustki spowodowane przewlekłym zapaleniem trzustki, resekcją żołądka lub zwężeniem dróg żółciowych spowodowanym chorobą nowotworową		30%	14,51
2827	Pancreatinum	Lipancrea 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. Lipazy	60 szt.	05909990723164	<1>2022-09-01/<2>2022-01-01	3 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	34,21	36,95	48,38	48,38	<1>Mukowiscydoza; Stan po resekcji trzustki		bezpłatny do limitu	0,00
2828	Pantoprazolum	Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990621026	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,06	8,70	11,29	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	8,18
2829	Pantoprazolum	Anesteloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990621040	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,97	15,09	19,74	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,53
2830	Pantoprazolum	Contix, tabl. powl., 20 mg	112 szt.	05909991246525	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	16,20	17,50	24,75	24,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,38
2831	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909991128814	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,20	3,46	5,20	3,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,65
2832	Pantoprazolum	Contix, tabl. powl., 40 mg	112 szt.	05909991246532	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	32,40	34,99	46,27	46,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	23,14

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2833	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909991128418	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,27	6,77	9,36	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,25
2834	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990478767	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,34	3,61	5,35	3,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,80
2835	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990478774	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,68	7,21	9,80	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,69
2836	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990689842	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,02	6,50	9,09	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,98
2837	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990689859	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,03	12,99	17,52	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,31
2838	Pantoprazolum	Gerdin 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991245399	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,42	4,77	7,36	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,25
2839	Pantoprazolum	Gerdin 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991245337	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,48	9,16	13,46	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,25
2840	Pantoprazolum	IPP 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990085033	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,99	7,55	10,14	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,03

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2841	Pantoprazolum	IPP 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990082643	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,90	15,01	19,66	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,45
2842	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645640	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,35	5,78	8,37	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,26
2843	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645732	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,70	11,56	16,00	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,79
2844	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 20 mg	90 szt.	05909990845521	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	14,15	15,28	21,46	19,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,47
2845	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 40 mg	90 szt.	05909990845552	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	28,30	30,56	40,44	39,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	20,46
2846	Pantoprazolum	Nolpaza 20, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990075041	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,89	12,84	17,36	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,15
2847	Pantoprazolum	Nolpaza 20 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990075003	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,00	6,48	9,07	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,96
2848	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	28 szt.	05909991459789	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,78	7,32	11,61	11,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2849	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	28 szt.	05909991448967	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,80	7,34	11,63	11,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,82
2850	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990075089	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,00	12,96	17,49	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,28
2851	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05909991459796	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,56	14,64	21,73	21,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,87
2852	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05909991448974	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,60	14,69	21,78	21,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,89
2853	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909990075126	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	23,78	25,68	33,44	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	21,01
2854	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990892761	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,00	4,32	6,91	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,80
2855	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991186371	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,79	9,49	13,82	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,61
2856	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990892853	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,00	8,64	12,93	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,72

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2857	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909991186418	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	17,58	18,99	26,33	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,90
2858	Pantoprazolum	Pamyl 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991046897	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,45	3,73	6,32	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,21
2859	Pantoprazolum	Pamyl 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991046941	2021-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,84	8,47	12,76	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,55
2860	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990817184	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,06	5,46	8,05	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,94
2861	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990817320	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,15	10,96	15,37	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,16
2862	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990698974	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,30	4,64	7,23	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,12
2863	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990698981	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,40	9,07	13,36	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,15
2864	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990699209	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,70	9,40	13,71	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2865	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990793907	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,20	4,54	7,13	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,02
2866	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990794188	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,30	8,96	13,25	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,04
2867	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991139759	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,90	4,21	6,80	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,69
2868	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05907553017927	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2021-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,91	7,46	11,75	11,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,88
2869	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991035631	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,80	8,42	12,71	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,50
2870	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05907553017934	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2021-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,82	14,93	22,03	22,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,02
2871	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990652334	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,89	7,44	10,03	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,92
2872	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05909991069681	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,87	9,58	13,90	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,69

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2873	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990652372	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,78	14,88	19,53	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,32
2874	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990730100	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,95	6,43	9,02	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,91
2875	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990730179	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,90	12,85	17,37	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,16
2876	Paroxetinum	Arketis tabletki 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990047109	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	12,00	12,96	17,79	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,91
2877	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	05909990425877	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,20	14,26	19,16	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,28
2878	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powl., 20 mg	60 szt. (1 poj.po 60 szt.)	05909990425884	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	26,40	28,51	36,81	28,22	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	17,06
2879	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	30 tabl.	05909991323615	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	8,30	8,96	13,55	13,55	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,07
2880	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	60 tabl.	05909991323646	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	16,60	17,93	25,60	25,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,68
2881	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990798346	2022-05-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	8,50	9,18	13,78	13,78	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,13
2882	Paroxetinum	Paxtin 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990010189	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,50	14,58	19,50	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,62
2883	Paroxetinum	Paxtin 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990010202	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	27,00	29,16	37,50	28,22	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	17,75

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2884	Paroxetinum	Rexetin, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991006310	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,40	14,47	19,39	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,51
2885	Paroxetinum	Xetanor 20 mg, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990570515	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	10,75	11,61	16,36	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,48
2886	Penicillaminum	Cuprenil, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909990126217	2023-03-01	3 lata	239.0, Leki chelatujące miedź - penicylamina	60,00	64,80	80,91	80,91	Choroba Wilsona		ryczałt	3,20
2887	Perazinum	Perazin 100 mg, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990858514	2022-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	6,90	7,45	11,33	11,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2888	Perazinum	Perazin 200 mg, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991033453	2023-03-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	13,80	14,90	21,43	21,43	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2889	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990858415	2022-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	2,00	2,16	3,55	2,06	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,49
2890	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990914838	2023-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	2,80	3,02	5,16	5,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2891	Perazinum	Perazin 50 mg, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991033422	2023-03-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	3,35	3,62	6,01	6,01	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2892	Perazinum	Pernazinum, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990199518	2022-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	8,97	9,69	13,61	12,38	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,23
2893	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990202614	2022-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	2,51	2,71	4,10	2,06	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,04
2894	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	60 szt.	05906745439141	2023-11-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	4,48	4,84	7,23	6,19	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,04
2895	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991467715	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,40	19,87	24,33	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	19,56
2896	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909991467685	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,40	19,87	24,33	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	19,56

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2897	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909991467678	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,20	9,94	12,34	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	9,96
2898	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909991467647	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,20	9,94	12,34	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	9,96
2899	Perindoprili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909991316600	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,00	21,60	26,17	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	21,40
2900	Perindoprili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 2,5+0,625 mg	30 szt.	05909991050290	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,25	6,75	8,37	2,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,37
2901	Perindoprili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909991050344	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,50	13,50	16,12	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	13,74
2902	Perindoprilum	Prenessa, tabl., 4 mg	30 szt. (1 x 30 szt.)	05909990569311	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,85	10,64	13,09	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,71
2903	Perindoprilum arginin um	Prestarium 10 mg, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990336081	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,96	30,20	35,28	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	30,51
2904	Perindoprilum arginin um	Prestarium 5 mg, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990337774	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,73	19,15	22,10	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,72
2905	Perindoprilum arginin um + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909990669400	2021-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,80	26,78	31,66	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	26,89

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2906	Perindoprilum arginino + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990669332	2021-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,80	26,78	31,66	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	26,89
2907	Perindoprilum arginino + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909990669387	2021-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,25	17,55	20,42	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	18,04
2908	Perindoprilum arginino + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909990669301	2021-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,25	17,55	20,42	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	18,04
2909	Perindoprilum arginino + Indapamidum	Noliprel Bi-Forte, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990707782	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,96	35,60	41,01	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	36,24
2910	Perindoprilum arginino + Indapamidum	Noliprel Forte, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055029	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,72	23,46	26,67	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	24,29
2911	Perindoprilum arginino + Indapamidum	Tertensif Bi-Kombi, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990715206	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,96	35,60	41,01	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	36,24
2912	Perindoprilum arginino + Indapamidum	Tertensif Kombi, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055678	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,72	23,46	26,67	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	24,29
2913	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614	2023-01-01	3 lata	155.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenobarbital - postacie do podawania doustnego	3,95	4,27	6,86	6,86	Padaczka		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2914	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990812615	2022-01-01	3 lata	155.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenobarbital - postacie do podawania doustnego	4,00	4,32	6,91	6,91	Padaczka		ryczałt	3,20
2915	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 j.m.	30 szt.	05909990071029	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	19,80	21,38	29,42	29,42	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
2916	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	150 ml	05909990363223	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie farmaceutyczne	42,42	45,81	57,11	46,60	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	13,71
2917	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 j.m.	12 szt.	05909990070916	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	5,36	5,79	8,80	7,85	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	4,15
2918	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 j.m.	30 szt.	05909990070923	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	13,45	14,53	20,70	20,52	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	3,38
2919	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 j.m.	12 szt.	05909990071012	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	8,05	8,69	12,75	11,77	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	4,18
2920	Phenoxymetylopenicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 125 ml	05904016013205	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie farmaceutyczne	25,69	27,75	37,17	37,17	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
2921	Phenoxymetylopenicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 60 ml	05904016013212	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie farmaceutyczne	12,33	13,32	19,00	19,00	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2922	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990093519	2022-01-01	3 lata	156.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenytoina	10,00	10,80	15,66	15,66	Padaczka		ryczałt	3,20
2923	Phytomenadionum (vit. K1)	Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg	30 szt.	05909990772810	2022-01-01	3 lata	25.0, Witamina K i inne leki hemostatyczne - fytomenadion	40,83	44,10	56,76	56,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2924	Pilocarpini hydrochloridum	Pilocarpinum WZF 2%, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990237524	2022-01-01	3 lata	211.0, Leki przeciwjaskrowe - parasympatykomimetyki - pilokarpina	12,50	13,50	19,24	19,24	Jaskra		30%	5,77
2925	Piribedilum	Pronoran, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990846320	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	18,62	20,11	27,68	23,52	Choroba i zespół Parkinsona		30%	11,22
2926	pojedyncze alergoidy pyłków roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 500 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975310	2022-01-01	3 lata	214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego	217,00	234,36	268,20	268,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2927	Posaconazolum	Posaconazole AHCL, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05055565754351	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	600,00	648,00	718,31	715,45	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	6,06

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2928	Posaconazolum	Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	08595112678152	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	588,00	635,04	704,57	704,57	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
2929	Posaconazolum	Posaconazole Mylan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05901797710743	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	597,50	645,30	715,45	715,45	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2930	Posaconazolum	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	590,00	637,20	706,86	706,86	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
2931	Posaconazolum	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	599,00	646,92	717,17	715,45	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	4,92

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2932	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. 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	26,18	23,05	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%	10,05
2933	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. 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	58,93	56,45	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%	19,42
2934	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. 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	84,68	84,68	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%	25,40
2935	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2.1 mg	30 szt.	05909991238667	2023-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	85,20	92,02	111,69	111,69	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%	33,51
2936	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon	8,90	9,61	13,03	9,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,16
2937	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon	25,00	27,00	36,26	36,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2938	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416	2023-11-01 - dla kolumny 13, <1><2><3>2023-11-01/<4>2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 14	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	8,60	9,29	10,62	1,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; 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	10,62
2939	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416	2023-11-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	8,60	9,29	10,62	1,50	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	9,12
2940	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312	2022-11-01 - dla kolumny 13, <1><2><3>2023-09-01/<4>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 14	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	18,70	20,20	25,74	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; 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	13,91
2941	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312	2022-11-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	18,70	20,20	25,74	15,03	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	10,71
2942	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411	2022-11-01 - dla kolumny 13, <1><2><3>2023-09-01/<4>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 14	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	25,00	27,00	35,54	30,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; 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	9,75
2943	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411	2022-11-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	25,00	27,00	35,54	30,06	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	5,48

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2944	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192	2021-11-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2><4>2022-09-01/<3>2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 14	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	26,00	28,08	37,57	37,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; 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	5,33
2945	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192	2021-11-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	26,00	28,08	37,57	37,57	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2946	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185	2022-11-01 - dla kolumny 13, <1><2><3>2023-09-01/<4>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 14	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	11,30	12,20	15,37	7,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; 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	11,06
2947	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185	2022-11-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	11,30	12,20	15,37	7,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,86
2948	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	14 szt.	05909990009350	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	17,38	18,77	26,43	26,10	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,53
2949	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05903792743252	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	74,40	80,35	98,78	98,78	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2950	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg	56 szt.	05901878600550	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	78,00	84,24	102,90	102,90	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2951	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05909990009367	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	78,12	84,37	103,04	103,04	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2952	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	14 szt.	05909990009282	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	10,00	10,80	15,46	13,05	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,61
2953	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	56 szt.	05909990009299	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	37,20	40,18	52,19	52,19	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2954	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 75 mg	56 szt.	05901878600543	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	37,20	40,18	52,19	52,19	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2955	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991378295	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	79,72	86,10	105,17	105,17	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2956	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg	60 szt.	05909991378226	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	39,86	43,05	55,54	55,54	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2957	Pregabalinum	Preato, tabl., 100 mg	56 szt.	05909991400460	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	24,00	25,92	38,51	38,51	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2958	Pregabalinum	Preato, tabl., 150 mg	56 szt.	05909991400477	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	29,00	31,32	46,81	46,81	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2959	Pregabalinum	Preato, tabl., 200 mg	56 szt.	05909991400484	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	36,00	38,88	56,24	56,24	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,98
2960	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991421236	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	13,50	14,58	21,99	21,99	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2961	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991400453	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	19,00	20,52	31,36	31,36	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2962	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 150 mg	70 szt.	05907626705072	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	98,00	105,84	126,86	126,86	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,73
2963	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 75 mg	70 szt.	05907626704839	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	49,00	52,92	66,77	65,24	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,73
2964	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	48,00	51,84	63,45	42,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	24,17
2965	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	96,00	103,68	122,12	85,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	43,55
2966	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	81,60	88,13	105,64	85,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	27,07

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2967	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	24,00	25,92	33,12	21,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	14,90
2968	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355	2023-11-01	3 lata	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	12,90	13,93	16,91	6,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,68
2969	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991401450	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	30,00	32,40	42,84	42,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,56
2970	Propafenoni hydrochloridum	Polfenon, tabl. powl., 150 mg	20 szt.	05909990034123	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	30.0, Leki przeciwarytmiczne klasy I C - propafenon	5,19	5,61	8,65	8,65	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	3,20
2971	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powl., 10 mg	50 szt.	05909991033507	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	3,60	3,89	5,36	2,33	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; naczyniaki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki płaskie; naczyniaki jamiste	ryczałt	5,36
2972	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powl., 40 mg	50 szt.	05909991033590	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	5,64	6,09	9,30	9,30	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; naczyniaki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki płaskie; naczyniaki jamiste	ryczałt	3,20
2973	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	3,60	3,89	5,36	2,33	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; naczyniaki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki płaskie; naczyniaki jamiste	ryczałt	5,36
2974	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	5,64	6,09	9,30	9,30	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; naczyniaki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki płaskie; naczyniaki jamiste	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2975	Pyrazinamidum	Pyrazinamid Farmapol, tabl., 500 mg	250 szt.	05909990263516	2022-01-01	3 lata	113.0, Leki przeciwprątkowe - inne - pyrazynamid	125,00	135,00	159,61	159,61	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
2976	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421	2022-01-01	3 lata	188.0, Leki parasympatykomimetyczne - bromek pirydostygminy	90,86	98,13	118,56	118,56	Miastenia		ryczałt	5,33
2977	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421	2022-01-01	3 lata	188.0, Leki parasympatykomimetyczne - bromek pirydostygminy	90,86	98,13	118,56	118,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	35,57
2978	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powl., 100 mg	60 tabl.	05909990910762	2022-09-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,00	39,96	51,72	44,41	Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	10,51
2979	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powl., 200 mg	60 tabl.	05909990910779	2022-09-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,00	79,92	98,08	88,82	Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	12,46
2980	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powl., 25 mg	30 tabl.	05909990897780	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,40	5,83	8,47	5,55	Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	6,12
2981	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990719853	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,50	32,94	44,28	44,28	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
2982	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990720163	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	62,00	66,96	84,34	84,34	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
2983	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990719389	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,10	5,51	8,15	5,55	Schizofrenia	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,80
2984	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990720309	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	93,00	100,44	121,83	121,83	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
2985	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991326319	2023-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	63,00	68,04	85,48	85,48	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2986	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991326371	2023-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	96,00	103,68	125,26	125,26	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
2987	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991326432	2023-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	130,00	140,40	166,18	166,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
2988	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990806362	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,80	36,50	48,06	44,41	Schizofrenia		ryczałt	6,85
2989	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990806386	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	67,60	73,01	90,75	88,82	Schizofrenia		ryczałt	5,13
2990	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990806355	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,30	5,72	8,36	5,55	Schizofrenia	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	6,01
2991	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990722365	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,75	35,37	46,86	44,41	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,65
2992	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990722426	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	65,50	70,74	88,34	88,34	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
2993	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990722327	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	98,25	106,11	127,84	127,84	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
2994	Quetiapinum	Ketilept 100 mg, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990055562	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,64	38,49	50,16	44,41	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,95
2995	Quetiapinum	Ketilept 200 mg, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990055593	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	70,29	75,91	93,83	88,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,21

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
2996	Quetiapinum	Ketilept 25 mg, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990055531	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,40	5,83	8,47	5,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	6,12
2997	Quetiapinum	Ketilept 300 mg, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990055630	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	105,14	113,55	135,73	133,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,31
2998	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991219420	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	52,05	56,21	70,94	66,61	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,53
2999	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219468	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,40	74,95	92,80	88,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,18
3000	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219505	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	104,10	112,43	134,54	133,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,12
3001	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991219543	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	138,80	149,90	176,26	176,26	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
3002	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991219383	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,35	18,74	26,22	22,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,22
3003	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	100 szt.	05909990058785	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	59,10	63,83	79,69	74,01	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,88
3004	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990058778	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,60	19,01	26,51	22,20	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,51
3005	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990081233	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,70	39,64	51,37	44,41	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	10,16

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3006	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	100 szt.	05909990058761	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	118,00	127,44	151,12	148,03	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,42
3007	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990058754	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,70	37,48	49,08	44,41	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,87
3008	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990081196	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	71,50	77,22	95,21	88,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	9,59
3009	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 25 mg	100 szt.	05909990058808	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,50	19,98	26,70	18,50	Schizofrenia	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	11,40
3010	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990779062	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,95	112,27	134,37	133,22	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,95
3011	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990430857	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,00	41,04	52,86	44,41	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,65
3012	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990430888	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	76,00	82,08	100,36	88,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	14,74
3013	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990430840	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,50	5,94	8,58	5,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	6,23
3014	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219901	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,20	74,74	92,58	88,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,96
3015	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219963	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,80	112,10	134,19	133,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,77

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3016	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991220020	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	138,40	149,47	175,80	175,80	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
3017	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909991219758	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,65	9,34	13,75	11,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,85
3018	Quetiapinum	Kventiax 100 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990074143	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,70	37,48	49,08	44,41	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,87
3019	Quetiapinum	Kventiax 200 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990074235	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,41	74,96	92,82	88,82	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,20
3020	Quetiapinum	Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990074068	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,80	5,18	7,82	5,55	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,47
3021	Quetiapinum	Kventiax 300 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990074280	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	104,11	112,44	134,55	133,22	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,13
3022	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991205591	2021-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	51,75	55,89	70,61	66,61	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,20
3023	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991205676	2021-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,00	74,52	92,35	88,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,73
3024	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991205737	2021-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,50	111,78	133,85	133,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,43
3025	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991380922	2022-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	132,00	142,56	168,47	168,47	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3026	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991255367	2022-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,30	18,68	26,17	22,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,17
3027	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990688234	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,00	41,04	52,86	44,41	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,65
3028	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	05909990688272	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	57,00	61,56	76,61	66,61	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	13,20
3029	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990688296	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	76,00	82,08	100,36	88,82	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	14,74
3030	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990688241	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,48	5,92	8,56	5,55	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	6,21
3031	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990688265	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	114,00	123,12	145,87	133,22	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	17,45
3032	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05906414000894	2022-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	52,41	56,60	71,35	66,61	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,94
3033	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990965373	2022-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	70,00	75,60	93,50	88,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,88
3034	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909990965403	2022-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	105,00	113,40	135,56	133,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,14
3035	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909990965441	2022-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	140,00	151,20	177,63	177,63	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3036	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990965335	2022-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,65	9,34	13,75	11,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,85
3037	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909991498870	2023-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,00	36,72	48,28	44,41	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,07
3038	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909991498887	2023-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,00	73,44	91,21	88,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,59
3039	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909991498856	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,33	4,68	7,32	5,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	4,97
3040	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990788590	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,99	39,95	51,71	44,41	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	10,50
3041	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990788651	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	72,99	78,83	96,92	88,82	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,30
3042	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990788583	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,19	5,61	8,25	5,55	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,90
3043	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990788675	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	109,09	117,82	140,25	133,22	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,83
3044	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990736393	2022-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,33	37,08	48,66	44,41	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,45
3045	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990736461	2022-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,67	74,16	91,97	88,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,35

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
3046	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990736492	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,00	111,24	133,27	133,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,85
3047	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991087180	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	66,00	71,28	88,92	88,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,30
3048	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991087258	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	99,00	106,92	128,70	128,70	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3049	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991087005	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,50	17,82	25,25	22,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,25
3050	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991165710	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,84	12,79	15,85	7,45	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	12,67
3051	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991125516	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,30	11,12	13,11	3,72	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	12,59
3052	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991125615	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,80	15,98	19,25	7,45	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	16,07
3053	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990953882	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,68	25,57	31,24	14,89	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	24,88
3054	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991125417	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,40	7,99	9,37	1,86	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	9,37

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3055	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991308971	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,32	10,07	16,20	16,20	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	12,80
3056	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991340766	2021-03-01 - dla kolumny 13, 2021-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,35	10,10	16,23	16,23	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	12,80
3057	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990571468	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,20	12,10	18,35	18,35	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
3058	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990571475	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,96	24,80	34,65	34,65	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	25,60
3059	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990571499	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,60	6,05	9,86	9,86	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
3060	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990571505	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,48	12,40	18,67	18,67	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
3061	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991326012	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,80	14,90	21,33	21,33	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
3062	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991325954	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,90	7,45	11,26	11,17	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	6,49

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3063	Ramiprilum	Axtil, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990337989	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,73	15,91	22,39	22,34	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	12,85
3064	Ramiprilum	Axtil, tabl., 2.5 mg	30 szt.	05909990337958	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,67	3,96	6,31	5,58	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	3,93
3065	Ramiprilum	Axtil, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990337972	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,33	7,92	11,73	11,17	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	6,96
3066	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990661756	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,00	14,04	20,13	20,13	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
3067	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabletki, 10 mg	30 szt.	05909991369910	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,20	9,94	16,06	16,06	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	12,80
3068	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991344603	2021-03-01 - dla kolumny 13, 2021-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,35	10,10	16,23	16,23	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	12,80
3069	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991477813	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,00	10,80	16,98	16,98	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
3070	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2.5 mg	30 szt.	05909990212170	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,30	4,64	6,99	5,58	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	4,61

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3071	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabletki, 5 mg	30 szt.	05909991369903	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,64	7,17	10,98	10,98	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
3072	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991338268	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,65	7,18	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	6,40
3073	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991479305	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,65	7,18	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	6,40
3074	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990212248	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,00	7,56	11,37	11,17	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	6,60
3075	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653	2021-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,62	14,71	20,85	20,85	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
3076	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,79	15,97	22,18	20,85	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	13,28
3077	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2.5 mg	28 szt.	05909990924608	2021-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,40	3,67	5,92	5,21	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	3,91
3078	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646	2021-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,81	7,35	10,97	10,43	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	6,51

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3079	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,29	7,87	11,49	10,43	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	7,03
3080	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991093334	2021-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,35	10,10	15,95	15,95	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	11,95
3081	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 2.5 mg	28 szt.	05909991093280	2021-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	2,45	2,65	4,90	4,90	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
3082	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991093303	2021-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,70	5,08	8,70	8,70	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
3083	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991316655	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,00	11,88	17,84	17,84	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
3084	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991316464	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,50	5,94	9,56	9,56	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
3085	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991452100	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,40	13,39	19,44	19,44	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
3086	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991411640	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,48	13,48	19,54	19,54	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3087	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427153	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,48	13,48	19,54	19,54	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
3088	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447540	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2021-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,48	13,48	19,54	19,54	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
3089	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991458348	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,48	13,48	19,54	19,54	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
3090	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991463403	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,58	13,59	19,65	19,65	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	11,95
3091	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991401566	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,60	13,61	19,68	19,68	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
3092	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990916016	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,80	15,98	22,20	20,85	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	13,30
3093	Ramiprilum	Tritace 2,5, tabl., 2.5 mg	28 szt.	05909990478217	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,82	7,37	9,62	5,21	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	7,61
3094	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991482398	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,70	7,24	10,86	10,43	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3095	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480448	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,70	7,24	10,86	10,43	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
3096	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480523	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,70	7,24	10,86	10,43	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
3097	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990478316	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,10	9,83	13,50	10,43	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	9,04
3098	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447939	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2021-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,80	13,82	19,91	19,91	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	11,95
3099	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427276	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,10	14,15	20,25	20,25	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
3100	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991461973	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,10	14,15	20,25	20,25	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
3101	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990610532	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,40	15,55	22,01	22,01	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
3102	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991004392	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	43,20	46,66	59,81	59,81	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	38,40

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3103	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2.5 mg	30 szt.	05909990610440	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,60	3,89	6,24	5,58	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	3,86
3104	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2.5 mg	90 szt.	05909991004378	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	11,66	16,85	16,75	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	9,70
3105	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991447953	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2021-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,40	6,91	10,53	10,43	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	6,07
3106	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991427252	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,49	7,01	10,63	10,43	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	6,17
3107	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991461959	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,49	7,01	10,63	10,43	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	6,17
3108	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990610495	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,20	7,78	11,59	11,17	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	6,82
3109	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	90 szt.	05909991004385	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	23,33	31,84	31,84	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
3110	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909990936885	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,30	12,20	17,48	17,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,36

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3111	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909990936854	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,65	6,10	9,23	8,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	3,17
3112	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909990936809	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,30	12,20	17,48	17,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,36
3113	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909990936779	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,65	6,10	9,23	8,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	3,17
3114	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909991142759	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	17,32	17,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,20
3115	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	60 szt.	05909991142728	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	22,32	24,11	32,73	32,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,82
3116	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909991142636	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	9,16	8,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	3,10
3117	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	60 szt.	05909991142643	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	17,32	17,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,20
3118	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909991142681	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	17,32	17,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,20

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3119	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	60 szt.	05909991142674	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	22,32	24,11	32,73	32,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,82
3120	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909991142520	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	9,16	8,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	3,10
3121	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	60 szt.	05909991142513	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	17,32	17,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,20
3122	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05903060611542	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,17	12,06	17,33	17,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,21
3123	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05903060611504	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	9,16	8,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	3,10
3124	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05903060611467	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,17	12,06	17,33	17,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,21
3125	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05903060611429	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	9,16	8,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	3,10
3126	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05907626709520	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	17,32	17,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,20

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3127	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05907626709513	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	9,16	8,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	3,10
3128	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05907626709506	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	17,32	17,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,20
3129	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05907626709490	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	9,16	8,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	3,10
3130	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 2,5, tabl. powl., 2,5+2,5 mg	28 szt.	05909990973118	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,45	11,29	13,68	5,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	11,67
3131	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 5, tabl. powl., 5+5 mg	28 szt.	05909990973217	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,40	14,47	18,42	10,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	13,96
3132	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HD, tabl., 5+25 mg	30 szt.	05909990573233	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,40	11,23	15,17	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	10,40
3133	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HL, tabl., 2,5+12,5 mg	30 szt.	05909990573226	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,49	8,09	10,44	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	8,06
3134	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 2,5 Comb, tabl., 2,5+12,5 mg	28 szt.	05909990885312	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,45	8,05	10,30	5,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3135	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 5 Comb, tabl., 5+25 mg	28 szt.	05909990885411	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,10	9,83	13,50	10,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	9,04
3136	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990085019	2022-01-01	3 lata	111.1, Leki przeciwprątkowe - antybiotyki - ryfampicyna	115,00	124,20	147,58	141,75	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	5,83
3137	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990084913	2022-01-01	3 lata	111.1, Leki przeciwprątkowe - antybiotyki - ryfampicyna	230,00	248,40	283,49	283,49	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
3138	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	05909990086115	2022-01-01	3 lata	111.2, Leki przeciwprątkowe - produkty złożone - izoniazyd z ryfampicyną	143,75	155,25	182,05	175,57	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	6,48
3139	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	05909990086214	2022-01-01	3 lata	111.2, Leki przeciwprątkowe - produkty złożone - izoniazyd z ryfampicyną	287,50	310,50	351,13	351,13	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
3140	Riluzolum	Riluzol PMCS, tabl. powl., 50 mg	56 szt.	05909990928156	2021-01-01	3 lata	191.0, Leki stosowane w leczeniu stwardnienia zanikowego-bocznego - riluzol	145,00	156,60	183,51	183,51	Stwardnienie zanikowe boczne		ryczałt	3,20
3141	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990831258	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	5,95	6,43	9,32	7,42	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,10
3142	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 1 mg	60 szt.	05909990831265	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	15,00	16,20	22,81	22,26	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	3,75
3143	Risperidonum	Orizon, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. 100 ml	05909990690138	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	29,00	31,32	40,84	37,10	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	6,94
3144	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 2 mg	60 szt.	05909990831272	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	30,00	32,40	42,84	42,84	Schizofrenia	zespół Tourette'a	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3145	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 3 mg	60 szt.	05909990831289	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	45,00	48,60	62,02	62,02	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	3,84
3146	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 4 mg	60 szt.	05909990831296	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	57,50	62,10	78,05	78,05	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,12
3147	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990044481	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,05	6,53	9,42	7,42	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,20
3148	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990044344	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	12,30	13,28	18,29	14,84	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	6,65
3149	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990044252	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	19,10	20,63	27,51	22,26	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	8,45
3150	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990044146	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	26,20	28,30	36,77	29,68	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	10,29
3151	Risperidonum	Risperidone Teva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 25 mg	1 zestaw	05909991457952	2023-03-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	91,09	98,38	118,84	118,84	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
3152	Risperidonum	Risperidone Teva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg	1 zestaw	05909991457921	2023-03-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	140,40	151,63	177,90	177,90	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3153	Risperidonum	Risperidone Teva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	1 zestaw	05909991457891	2023-03-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	190,71	205,97	237,01	237,01	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
3154	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990336524	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,50	7,02	9,91	7,42	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,69
3155	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 1 mg	60 szt.	05909990336548	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	19,50	21,06	27,96	22,26	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	8,90
3156	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990336487	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	12,80	13,82	18,87	14,84	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	7,23
3157	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 2 mg	60 szt.	05909990336500	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	38,40	41,47	52,46	44,52	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	11,14
3158	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990336555	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	17,95	19,39	26,19	22,26	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	7,13
3159	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 3 mg	60 szt.	05909990336579	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	53,85	58,16	72,15	66,78	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	9,21
3160	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990336586	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	25,60	27,65	36,09	29,68	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	9,61

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3161	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 4 mg	60 szt.	05909990336609	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	76,80	82,94	100,14	89,04	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	16,22
3162	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990670413	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,60	7,13	10,02	7,42	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,80
3163	Risperidonum	Rispolept, roztwór doustny, 1 mg/ml	100 ml	05909990423828	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	32,00	34,56	44,27	37,10	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	10,37
3164	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990670512	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	13,20	14,26	19,32	14,84	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	7,68
3165	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990670611	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	17,00	18,36	25,10	22,26	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	6,04
3166	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990670710	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	20,00	21,60	29,68	29,68	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3167	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	2022-01-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	111,09	119,98	141,74	118,84	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	26,10
3168	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	2022-01-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	171,03	184,71	212,96	178,26	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	37,90

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3169	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	2022-01-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	222,20	239,98	273,06	237,68	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	38,58
3170	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990567683	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,64	7,17	10,06	7,42	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,84
3171	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990567737	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	13,92	15,03	20,15	14,84	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	8,51
3172	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990567935	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	20,60	22,25	29,23	22,26	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	10,17
3173	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990568031	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	28,00	30,24	38,83	29,68	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	12,35
3174	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	20 szt.	05909990034932	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	5,50	5,94	8,83	7,42	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	4,61
3175	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	50 szt.	05909990680849	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	12,39	13,38	19,11	18,55	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	3,76
3176	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	20 szt.	05909990034994	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	11,00	11,88	16,80	14,84	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,16

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
3177	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	50 szt.	05909990680863	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	24,79	26,77	36,02	36,02	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3178	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl., 10 mg	10 szt.	05909990658145	2021-09-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	74,50	80,46	93,10	34,36	Żylne 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	61,94
3179	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05909990910601	<1>2021-09-01/<2>2023-09-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	104,30	112,64	131,00	72,16	<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%	80,49
3180	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 15 mg	42 szt.	05909990910663	<1>2021-09-01/<2>2023-09-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	312,90	337,93	376,31	216,47	<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%	224,78
3181	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909990910700	<1>2021-09-01/<2>2023-09-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	104,30	112,64	132,92	96,21	<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%	65,57
3182	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 13.3 mg/24 h	30 szt.	05909991478117	2022-11-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	147,80	159,62	177,57	42,27	Choroba Alzheimera		30%	147,98
3183	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 4.6 mg/24h	30 szt.	05909991078386	2022-07-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	56,60	61,13	69,05	14,62	Choroba Alzheimera		30%	58,82

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3184	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 9.5 mg/24h	30 szt.	05909991421762	2021-07-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	108,40	117,07	131,03	30,19	Choroba Alzheimera		30%	109,90
3185	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 9.5 mg/24h	30 szt.	05909991439415	2021-05-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	108,50	117,18	131,15	30,19	Choroba Alzheimera		30%	110,02
3186	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 9.5 mg/24h	30 szt.	05909991078454	2022-07-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	116,95	126,31	140,83	30,19	Choroba Alzheimera		30%	119,70
3187	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 13.3 mg/24h	30 sasz.	05909991032609	2022-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	188,16	203,21	223,78	42,27	Choroba Alzheimera		30%	194,19
3188	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 4.6 mg/24h	30 sasz.	05909990066704	2022-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	70,87	76,54	85,38	14,62	Choroba Alzheimera		30%	75,15
3189	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 9.5 mg/24h	30 sasz.	05909990066766	2022-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	135,01	145,81	161,50	30,19	Choroba Alzheimera		30%	140,37
3190	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 1.5 mg	28 szt.	05909990700646	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	11,58	12,51	14,90	4,70	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,61
3191	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1.5 mg	28 szt.	05909990700660	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	11,58	12,51	14,90	4,70	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3192	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990700684	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,21	20,75	24,94	9,39	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	18,37
3193	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	28 szt.	05909990700691	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,21	20,75	24,94	9,39	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	18,37
3194	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	56 szt.	05909990700721	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	37,90	40,93	48,45	18,79	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,30
3195	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990700707	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	38,42	41,49	49,06	18,79	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,91
3196	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	05909990700738	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,81	31,11	37,12	14,09	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	27,26
3197	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4.5 mg	28 szt.	05909990700745	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,81	31,11	37,12	14,09	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	27,26
3198	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4.5 mg	56 szt.	05909990700769	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	56,90	61,45	71,83	28,18	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	52,10
3199	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4.5 mg	56 szt.	05909990700752	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	57,62	62,23	72,67	28,18	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	52,94

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3200	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990700790	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	38,42	41,49	49,06	18,79	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,91
3201	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	28 szt.	05909990700806	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	38,42	41,49	49,06	18,79	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,91
3202	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	56 szt.	05909990700851	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	75,90	81,97	94,70	37,57	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	68,40
3203	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990700844	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	76,83	82,98	95,77	37,57	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	69,47
3204	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1.5 mg	28 szt.	05909990782048	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	9,57	10,34	12,60	4,70	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	9,31
3205	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1.5 mg	56 szt.	05909990782055	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,13	20,66	24,85	9,39	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	18,28
3206	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990782079	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	18,80	20,30	24,47	9,39	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	17,90
3207	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990782086	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	37,60	40,61	48,12	18,79	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	34,97

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3208	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	05909990782147	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	27,20	29,38	35,28	14,09	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	25,42
3209	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4.5 mg	56 szt.	05909990782154	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	57,00	61,56	71,95	28,18	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	52,22
3210	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990782178	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	37,60	40,61	48,12	18,79	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	34,97
3211	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990782185	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	75,20	81,22	93,90	37,57	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	67,60
3212	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990816255	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	38,56	41,64	49,21	18,79	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	36,06
3213	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	05909990816262	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,92	31,23	37,25	14,09	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	27,39
3214	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 4.5 mg	56 szt.	05909990816279	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	57,84	62,47	72,91	28,18	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	53,18
3215	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990816286	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	38,56	41,64	49,21	18,79	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	36,06

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3216	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990816293	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	77,12	83,29	96,10	37,57	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	69,80
3217	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 1.5 mg	28 szt.	05909990982981	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	6,60	7,13	9,32	4,70	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	6,03
3218	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990983162	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	13,20	14,26	18,06	9,39	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,49
3219	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990983179	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	26,40	28,51	35,29	18,79	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	22,14
3220	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	05909990983308	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,80	21,38	26,81	14,09	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	16,95
3221	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4.5 mg	56 szt.	05909990983322	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	39,60	42,77	52,04	28,18	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	32,31
3222	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990983506	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	26,40	28,51	35,29	18,79	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	22,14
3223	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990983544	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	52,80	57,02	68,26	37,57	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	41,96

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3224	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990778935	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	16,00	17,28	21,27	9,39	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	14,70
3225	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990778942	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	30,00	32,40	39,41	18,79	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	26,26
3226	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4.5 mg	56 szt.	05909990778973	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	42,70	46,12	55,58	28,18	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,85
3227	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990779000	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	55,10	59,51	70,89	37,57	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	44,59
3228	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990877683	2022-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	19,95	21,55	29,93	29,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	9,44
3229	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990878000	2022-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	40,20	43,42	56,36	56,36	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,91
3230	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990878086	2022-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	84,60	91,37	111,19	111,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	33,36
3231	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990992607	2022-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	28,50	30,78	39,72	29,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	19,23
3232	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990992683	2022-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	57,00	61,56	75,59	58,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	34,61
3233	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990992775	2022-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	114,00	123,12	144,85	117,09	Choroba i zespół Parkinsona		30%	62,89

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3234	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 0.25 mg	210 szt.	05909990731954	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	25,40	27,43	35,93	27,44	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,72
3235	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 0.5 mg	21 szt.	05909990731985	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	5,40	5,83	8,36	5,49	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,52
3236	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 1 mg	21 szt.	05909990732074	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	10,19	11,01	15,28	10,98	Choroba i zespół Parkinsona		30%	7,59
3237	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 2 mg	21 szt.	05909990732227	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	20,30	21,92	29,26	21,95	Choroba i zespół Parkinsona		30%	13,90
3238	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 5 mg	21 szt.	05909990732333	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	42,00	45,36	58,10	54,89	Choroba i zespół Parkinsona		30%	19,68
3239	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990998586	2021-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	24,00	25,92	34,57	29,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	14,08
3240	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990998982	2021-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	49,00	52,92	66,44	58,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	25,46
3241	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990999156	2021-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	95,00	102,60	123,10	117,09	Choroba i zespół Parkinsona		30%	41,14
3242	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909991049294	2022-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	22,00	23,76	32,28	29,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	11,79
3243	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991049355	2022-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	52,30	56,48	70,22	58,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	29,24
3244	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991049393	2022-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	105,00	113,40	134,54	117,09	Choroba i zespół Parkinsona		30%	52,58
3245	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	40,60	29,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	20,11
3246	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	77,35	58,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	36,37

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
3247	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	148,37	117,09	Choroba i zespół Parkinsona		30%	66,41
3248	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990988198	2021-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	29,30	31,64	40,63	29,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	20,14
3249	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990988204	2021-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	58,60	63,29	77,43	58,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	36,45
3250	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990988242	2021-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	117,22	126,60	148,53	117,09	Choroba i zespół Parkinsona		30%	66,57
3251	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990983582	2022-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	26,40	28,51	37,31	29,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,82
3252	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990983803	2022-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	52,80	57,02	70,79	58,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	29,81
3253	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990983971	2022-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	106,30	114,80	136,03	117,09	Choroba i zespół Parkinsona		30%	54,07
3254	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 0.5 mg	21 szt.	05909990013685	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	5,37	5,80	8,33	5,49	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,49
3255	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 1 mg	21 szt.	05909990013890	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	10,19	11,01	15,28	10,98	Choroba i zespół Parkinsona		30%	7,59
3256	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 2 mg	21 szt.	05909990013586	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	21,51	23,23	30,64	21,95	Choroba i zespół Parkinsona		30%	15,28
3257	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 5 mg	21 szt.	05909990013968	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	53,68	57,97	71,47	54,89	Choroba i zespół Parkinsona		30%	33,05
3258	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990644728	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	26,99	29,15	37,99	29,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	17,50
3259	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990644612	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	54,42	58,77	72,65	58,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	31,67

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3260	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990644636	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	108,35	117,02	138,38	117,09	Choroba i zespół Parkinsona		30%	56,42
3261	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990855766	2022-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	29,00	31,32	40,29	29,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	19,80
3262	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	84 szt.	05909991033781	2021-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	73,00	78,84	96,40	87,82	Choroba i zespół Parkinsona		30%	34,93
3263	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991391485	2023-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	38,98	42,10	54,97	54,97	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,49
3264	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990855773	2022-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	58,00	62,64	76,74	58,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	35,76
3265	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	84 szt.	05909991033798	2021-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	146,00	157,68	183,97	175,63	Choroba i zespół Parkinsona		30%	61,03
3266	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991391683	2023-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	77,96	84,20	103,59	103,59	Choroba i zespół Parkinsona		30%	31,08
3267	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990855780	2022-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	116,00	125,28	147,14	117,09	Choroba i zespół Parkinsona		30%	65,18
3268	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	84 szt.	05909991033804	2021-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	292,00	315,36	355,46	351,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	109,57
3269	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990963874	2021-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	27,50	29,70	38,57	29,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	18,08
3270	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990964239	2021-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	55,00	59,40	73,30	58,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	32,32
3271	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990964321	2021-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	110,00	118,80	140,27	117,09	Choroba i zespół Parkinsona		30%	58,31
3272	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991425883	2021-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,27	5,69	8,72	8,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3273	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991425906	2021-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,54	11,38	16,47	16,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,94
3274	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991425920	2021-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,08	22,77	31,15	31,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,35
3275	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991422875	2021-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,63	2,84	4,80	4,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,89
3276	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991021184	2023-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,28	5,70	8,73	8,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,91
3277	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991021337	2023-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,90	12,85	18,03	16,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,38
3278	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991021375	2023-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,11	22,80	31,19	31,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,36
3279	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991000141	2021-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,18	6,67	9,70	8,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,88
3280	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991375799	2022-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,10	17,39	24,70	24,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,41
3281	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991000158	2021-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,36	13,35	18,56	16,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,91
3282	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 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	16,76	16,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,03
3283	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991476984	2022-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,15	12,04	17,39	17,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,22
3284	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 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	45,53	45,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,66
3285	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 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	45,65	45,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3286	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991375812	2022-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	32,20	34,78	46,10	46,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,83
3287	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991000165	2021-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,40	23,11	31,51	31,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,45
3288	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991000103	2021-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,09	3,34	5,30	4,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,39
3289	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991375775	2022-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,05	8,69	13,02	13,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,91
3290	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990919604	2021-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,67	6,12	9,30	8,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,06
3291	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05909991435950	2021-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,49	9,17	13,51	13,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,15
3292	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990919659	2021-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,50	12,42	17,79	17,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,34
3293	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991435981	2021-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,99	18,35	25,71	25,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,71
3294	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990919673	2021-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,70	24,52	33,26	33,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,98
3295	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990919574	2021-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,84	3,07	5,11	4,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,99
3296	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991085674	2023-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,36	5,79	8,82	8,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,00
3297	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991085698	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,68	11,53	16,64	16,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,99
3298	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991085759	2023-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,68	11,53	16,64	16,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,99

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3299	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909991085773	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,36	23,07	31,47	31,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,44
3300	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991085841	2023-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,36	23,07	31,47	31,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,44
3301	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909991085865	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	42,72	46,14	59,14	59,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,74
3302	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991085599	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,65	2,86	4,82	4,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,91
3303	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991085636	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,34	5,77	8,80	8,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,98
3304	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991475079	2023-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,98	5,38	8,41	8,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,59
3305	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991475086	2023-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,96	10,76	15,81	15,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,74
3306	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991475093	2023-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,92	21,51	29,83	29,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,95
3307	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991475062	2023-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,49	2,69	4,65	4,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,74
3308	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990895250	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,92	6,39	9,42	8,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,60
3309	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990895304	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,18	18,55	25,93	25,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,78
3310	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909990895380	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,88	9,59	13,72	12,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,98
3311	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05909990895403	2021-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,05	17,33	24,30	24,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,29

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3312	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05909990895458	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	25,77	27,83	37,28	37,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,18
3313	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990895533	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,84	12,79	17,96	16,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,31
3314	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990895588	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	34,36	37,11	48,57	48,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,57
3315	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909990895663	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,77	19,19	26,28	24,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,81
3316	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05909990895687	2021-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	32,10	34,67	45,60	45,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,68
3317	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	90 szt.	05909990895724	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	51,54	55,66	70,24	70,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,07
3318	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990895786	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,69	25,59	34,14	33,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,84
3319	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990895892	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	68,72	74,22	91,88	91,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	27,56
3320	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990895106	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,96	3,20	5,16	4,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,25
3321	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990895182	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,59	9,28	13,63	13,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,27
3322	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990791743	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,34	5,77	8,80	8,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,98
3323	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 10 mg	84 szt.	05909990791781	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,38	16,61	23,53	23,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,06
3324	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990791873	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,68	11,53	16,64	16,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,99

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3325	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 20 mg	84 szt.	05909990791927	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	30,77	33,23	44,08	44,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,22
3326	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990792009	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,15	22,84	31,23	31,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,37
3327	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 40 mg	84 szt.	05909990792061	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	61,55	66,47	83,15	83,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,95
3328	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990791606	2021-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,64	2,85	4,81	4,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,90
3329	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990802623	2022-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,28	5,70	8,73	8,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,91
3330	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990802647	2022-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,60	11,45	16,55	16,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,97
3331	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991333959	2022-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,95	8,59	12,69	12,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,95
3332	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05909991333973	2022-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,89	17,16	24,12	24,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,24
3333	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990802685	2021-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,90	12,85	18,03	16,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,38
3334	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909990802708	2022-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,00	22,68	31,06	31,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,32
3335	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909991334062	2022-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,89	17,16	24,12	24,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,24
3336	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05909991334086	2022-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,79	34,33	45,25	45,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,58
3337	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990802753	2023-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,00	22,68	31,06	31,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,32

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3338	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909990802777	2022-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	42,00	45,36	58,32	58,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,50
3339	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990802562	2022-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,63	2,84	4,80	4,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,89
3340	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909990802586	2022-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,28	5,70	8,73	8,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,91
3341	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990777785	2022-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,65	6,10	9,13	8,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,31
3342	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05997001369333	2021-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,85	17,12	24,07	24,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,22
3343	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05909991347079	2021-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	25,38	27,41	36,82	36,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,05
3344	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990777839	2022-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,30	12,20	17,35	16,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,70
3345	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05997001369340	2021-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,70	34,24	45,14	45,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,54
3346	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 30 mg	90 szt.	05909991347109	2021-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	50,76	54,82	69,35	69,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,81
3347	Rosuvastatinum	Zaranta, tabletki powlekane, 40 mg	28 szt.	05909990777853	2022-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,00	22,68	31,06	31,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,32
3348	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 10+10 mg	30 szt.	03838989707057	2023-11-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,70	19,12	24,19	14,23	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,23
3349	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 10+10 mg	90 szt.	05909991397609	2023-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,50	54,54	65,80	42,69	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,92
3350	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 15+10 mg	30 szt.	05909991397623	2023-03-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,40	18,79	23,85	14,23	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,89
3351	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 15+10 mg	90 szt.	05909991397661	2023-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,50	54,54	65,80	42,69	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,92

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3352	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 20+10 mg	30 szt.	03838989707064	2023-11-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,70	19,12	24,19	14,23	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,23
3353	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 20+10 mg	90 szt.	05909991397715	2023-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,50	54,54	65,80	42,69	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,92
3354	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 5+10 mg	30 szt.	05909991397456	2023-03-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,40	18,79	23,85	14,23	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,89
3355	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 5+10 mg	90 szt.	05909991397494	2023-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,50	54,54	65,80	42,69	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,92
3356	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	28 szt.	05906414003352	2023-09-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,38	19,85	24,76	13,28	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	15,46
3357	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	56 szt.	05906414003369	2023-09-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	36,76	39,70	48,25	26,56	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	29,66
3358	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	28 szt.	05906414003383	2023-09-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,38	19,85	24,76	13,28	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	15,46
3359	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	56 szt.	05906414003390	2023-09-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	36,76	39,70	48,25	26,56	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	29,66
3360	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	28 szt.	05906414003321	2023-09-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,38	19,85	24,76	13,28	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	15,46
3361	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	56 szt.	05906414003338	2023-09-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	36,76	39,70	48,25	26,56	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	29,66
3362	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991463816	2022-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,50	18,90	23,96	14,23	Leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,00
3363	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05909991463830	2022-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,50	18,90	23,96	14,23	Leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,00
3364	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909991463762	2022-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,50	18,90	23,96	14,23	Leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,00
3365	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05907626708493	2022-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,93	19,36	24,46	14,23	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,50
3366	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 10+10 mg	60 szt.	05907626709315	2022-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	35,86	38,73	47,49	28,46	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	27,57
3367	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05907626708509	2022-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,93	19,36	24,46	14,23	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,50

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3368	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 20+10 mg	60 szt.	05907626709322	2022-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	35,86	38,73	47,49	28,46	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	27,57
3369	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05907626708486	2022-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,93	19,36	24,46	14,23	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,50
3370	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 5+10 mg	60 szt.	05907626709308	2022-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	35,86	38,73	47,49	28,46	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	27,57
3371	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powl., 100 mg	10 szt.	05909990847914	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,98	20,50	23,99	7,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,46
3372	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powl., 150 mg	10 szt.	05909990848010	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,43	26,38	31,18	10,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,88
3373	Rupatadinum	Rupaller, tabl., 10 mg	100 szt.	05909991429881	2023-09-01	2 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,33	25,20	35,18	35,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,55
3374	Salbutamolum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065	2021-03-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	8,10	8,75	12,30	10,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,89
3375	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991106928	2022-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	20,50	22,14	26,48	10,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,07
3376	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991107826	2022-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	34,43	37,18	44,57	21,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	28,68
3377	Salbutamolum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	197.2, Doustne leki beta-2-mimetyczne o krótkim działaniu, przeznaczone do stosowania w leczeniu chorób układu oddechowego	6,50	7,02	10,56	10,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
3378	Salbutamolum	Ventolin, aerozol wziewny, zawiesina, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990442010	2022-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	6,54	7,06	10,61	10,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
3379	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713	2023-09-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	43,50	46,98	60,24	58,16	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	5,28

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3380	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390	2021-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	89,50	96,66	116,90	116,32	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,98
3381	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991109424	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	45,35	48,98	62,36	58,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,40
3382	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	90 szt.	05909991109431	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	68,05	73,49	90,89	87,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,45
3383	Salmeterolum	Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	1 szt. (1 szt.po 120 daw.)	05909990623099	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	51,40	55,51	69,28	58,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	14,32
3384	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	58,00	62,64	76,84	58,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	21,88
3385	Selegilinum	Selgres, tabl. powl., 5 mg	50 szt.	05909990404315	2022-01-01	3 lata	171.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - selegilina	12,44	13,44	19,16	19,16	Choroba i zespół Parkinsona		ryczałt	5,33
3386	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0.25 mg	1 wstrzykiwacz po 1,5 ml	05909991389901	2022-09-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	332,50	359,10	403,45	394,08	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥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 ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	127,59

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3387	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0.5 mg	1 wstrzykiwacz po 1,5 ml	05909991389918	2022-09-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	332,50	359,10	403,45	394,08	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥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 ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	127,59
3388	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg	1 wstrzykiwacz po 3 ml	05909991389956	2022-09-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	332,50	359,10	403,45	394,08	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c ≥ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI ≥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 ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	127,59
3389	Sertindolum	Serdolect, tabl. powl., 12 mg	28 szt.	05909991089313	2022-01-01	3 lata	178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol	220,00	237,60	271,74	271,74	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3390	Sertindolum	Serdolect, tabl. powl., 16 mg	28 szt.	05909991089412	2022-01-01	3 lata	178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol	293,50	316,98	358,18	358,18	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3391	Sertindolum	Serdolect, tabl. powl., 4 mg	30 szt.	05909991089214	2022-01-01	3 lata	178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol	74,48	80,44	99,12	97,05	Schizofrenia		ryczałt	5,27
3392	Sertraline	Asertin 100, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990422685	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	19,93	21,52	29,41	28,22	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,66
3393	Sertraline	Asertin 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990422692	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	9,62	10,39	15,07	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,19

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3394	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991355739	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,36	14,43	21,88	21,88	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,56
3395	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991355654	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	6,68	7,21	11,80	11,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,54
3396	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991483807	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	12,45	13,45	20,64	20,64	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,19
3397	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990963317	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	18,55	20,03	27,61	26,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,17
3398	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990963218	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	9,28	10,02	14,50	13,17	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,28
3399	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990804368	2022-05-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	16,60	17,93	25,60	25,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,68
3400	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990804344	2022-05-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	8,38	9,05	13,64	13,64	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,09
3401	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991279615	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	12,68	13,69	20,90	20,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,27
3402	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991279622	2021-09-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,58	14,67	22,13	22,13	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,64
3403	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	84 szt.	05909991279660	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	38,04	41,08	54,96	54,96	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	16,49
3404	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991279516	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	6,34	6,85	11,26	11,26	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,38
3405	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991279523	2021-09-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	6,79	7,33	11,92	11,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,58
3406	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	84 szt.	05909991279561	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	19,02	20,54	29,66	29,66	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,90

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3407	Sertralinum	Sertagen, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990046621	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	14,10	15,23	22,53	22,53	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,76
3408	Sertralinum	Sertagen, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990046690	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	7,05	7,61	12,02	12,02	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,61
3409	Sertralinum	Sertralina KRKA, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990919987	2021-03-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	14,76	15,94	23,49	23,49	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,05
3410	Sertralinum	Sertralina KRKA, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990919888	2021-03-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	7,38	7,97	12,56	12,56	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,77
3411	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990663163	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	16,90	18,25	25,93	25,93	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,78
3412	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990663040	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	8,45	9,13	13,73	13,73	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,12
3413	Sertralinum	Setaloft 100 mg, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990571963	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	18,90	20,41	28,22	28,22	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,47
3414	Sertralinum	Setaloft 50 mg, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990571925	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	8,75	9,45	14,07	14,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,22
3415	Sertralinum	Stimuloton, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990994816	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	11,55	12,47	17,27	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,39
3416	Sertralinum	Zoloft, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990753215	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	22,40	24,19	32,02	26,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,58
3417	Sertralinum	Zoloft, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990753116	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	12,20	13,18	17,83	13,17	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,61
3418	Sertralinum	Zotral, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990569472	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	25,98	28,06	36,12	26,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	17,68
3419	Sertralinum	Zotral, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990013982	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	13,98	15,10	19,88	13,17	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,66

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3420	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05909991418885	2023-05-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	6,24	6,74	10,13	9,61	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	3,40
3421	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05909991418960	2023-05-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,48	13,48	19,21	19,21	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	5,76
3422	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05909991418984	2022-11-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	37,44	40,44	52,51	52,51	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	15,75
3423	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05391519923528	2023-03-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,80	13,82	17,51	9,61	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	10,78
3424	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05391519923535	2023-03-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,64	17,97	23,97	19,21	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	10,52
3425	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05391519923542	2023-03-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,92	53,91	66,79	57,63	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	26,45
3426	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990618279	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,50	5,94	7,59	2,97	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%	5,51

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3427	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990618286	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,00	10,80	13,33	5,94	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%	9,17
3428	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990618293	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,50	17,82	22,30	11,89	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%	13,98
3429	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990649532	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,60	6,05	8,37	5,55	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%	4,49
3430	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990649655	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,20	12,10	16,02	11,09	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%	8,26
3431	Simvastatinum	Simratio 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991019723	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,90	5,29	6,89	2,77	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%	4,95

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3432	Simvastatinum	Simratio 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991019822	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,60	10,37	12,77	5,55	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%	8,89
3433	Simvastatinum	Simratio 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991019945	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,30	20,84	25,30	11,09	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%	17,54
3434	Simvastatinum	Simvacard 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990940110	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,31	4,65	6,25	2,77	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%	4,31
3435	Simvastatinum	Simvacard 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990940219	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,10	8,75	11,07	5,55	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%	7,19
3436	Simvastatinum	Simvacard 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990940318	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,20	17,50	21,74	11,09	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%	13,98

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3437	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990941025	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,20	3,46	5,06	2,77	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%	3,12
3438	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990941124	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,40	6,91	9,23	5,55	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%	5,35
3439	Simvastatinum	Simvagen 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990743650	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,66	5,03	7,35	5,55	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%	3,47
3440	Simvastatinum	Simvagen 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990743667	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,32	10,07	13,87	11,09	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%	6,11
3441	Simvastatinum	SimvaHEXAL 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990623273	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,15	5,56	7,21	2,97	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%	5,13

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3442	Simvastatinum	SimvaHEXAL 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990623297	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,30	11,12	13,67	5,94	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%	9,51
3443	Simvastatinum	SimvaHEXAL 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990623334	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,30	19,76	24,36	11,89	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%	16,04
3444	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990731565	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	1,80	1,94	4,26	4,26	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%	1,28
3445	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990731671	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,60	3,89	7,63	7,63	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 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%	2,29
3446	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990723591	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,85	3,08	4,68	2,77	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%	2,74

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3447	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990723812	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,07	4,40	6,72	5,55	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%	2,84
3448	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990723829	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,35	4,70	7,12	5,94	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%	2,96
3449	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990724031	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,37	7,96	11,70	11,09	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%	3,94
3450	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990927616	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,50	5,94	7,54	2,77	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%	5,60
3451	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990927715	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,92	11,79	14,29	5,55	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%	10,41

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3452	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990927838	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,40	22,03	26,55	11,09	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%	18,79
3453	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990914012	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,70	5,08	6,68	2,77	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%	4,74
3454	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990914111	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,98	10,78	13,21	5,55	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%	9,33
3455	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990982714	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,00	17,28	21,52	11,09	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%	13,76
3456	Simvastatinum	Vastan, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991073114	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,44	4,80	6,40	2,77	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%	4,46

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3457	Simvastatinum	Vastan, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991073213	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,36	10,11	12,49	5,55	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%	8,61
3458	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990935116	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,23	5,65	7,30	2,97	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%	5,22
3459	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990055722	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,73	10,51	12,91	5,55	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%	9,03
3460	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990935215	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,43	11,26	13,82	5,94	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%	9,66
3461	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990935314	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,58	18,99	23,53	11,89	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%	15,21

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3462	Simvastatinum	Zocor 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990365913	2019-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	5 lat - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,00	5,40	7,00	2,77	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%	5,06
3463	Simvastatinum	Zocor 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990366026	2019-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	5 lat - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,99	10,79	13,22	5,55	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%	9,34
3464	Simvastatinum	Zocor 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990769124	2019-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	5 lat - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,98	21,58	26,07	11,09	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%	18,31
3465	Sirolimusum	Rapamune, tabl. draż., 1 mg	30 szt.	05909990985210	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-07-01/<2><5>2021-07-01/<3>2023-01-01/<4>2022-09-01/<6>2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	135.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - sirolimus	422,59	456,40	510,04	510,04	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>stwardnienie guzowate; limfangioleiomiomatoza; nowotwór z epitelioidnych 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 gumiastych zmian barwnikowych; <5>angiomatoza; <6>Zespół Klippela-Trénaunaya	ryczałt	3,20
3466	Sirolimusum	Rapamune, roztwór doustny, 1 mg/ml	60 ml	05909990893645	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-07-01/<2><5>2021-07-01/<3>2023-01-01/<4>2022-09-01/<6>2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	135.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - sirolimus	845,20	912,82	1004,68	1004,68	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>stwardnienie guzowate; limfangioleiomiomatoza; nowotwór z epitelioidnych 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 gumiastych zmian barwnikowych; <5>angiomatoza; <6>Zespół Klippela-Trénaunaya	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3467	Sitagliptinum	Januvia, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990055920	2022-09-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	64,50	69,66	82,34	42,80	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%	52,38
3468	Sitagliptinum	Jazeta, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991480509	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	35,00	37,80	48,57	42,80	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%	18,61
3469	Sitagliptinum	Juzina, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05907594032880	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	33,00	35,64	46,28	42,80	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%	16,32
3470	Sitagliptinum	Lonamo, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05995327182650	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	32,00	34,56	45,13	42,80	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%	15,17
3471	Sitagliptinum	Lonamo, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05995327182667	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	64,00	69,12	85,48	85,48	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%	25,64
3472	Sitagliptinum	Maysiglu, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	03838989721473	2023-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	27,50	29,70	39,98	39,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,99
3473	Sitagliptinum	Sigletic, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991424558	2022-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	36,50	39,42	50,29	42,80	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%	20,33

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3474	Sitagliptinum	Simlerid, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05907626709803	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	32,50	35,10	45,71	42,80	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%	15,75
3475	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991421137	2022-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	36,90	39,85	50,74	42,80	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%	20,78
3476	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991420970	2023-03-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	14,50	15,66	22,24	21,40	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%	7,26
3477	Sitagliptinum	Sitagliptin BIOTON, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05903792662263	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	29,00	31,32	41,70	41,70	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%	12,51
3478	Sitagliptinum	Sitagliptin Medical Valley, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991470883	2023-09-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	27,00	29,16	39,41	39,41	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%	11,82
3479	Sitagliptinum	Sitagliptin STADA, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991481131	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	29,96	32,36	42,80	42,80	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%	12,84
3480	Sitagliptinum	Sitagliptin SUN, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991473174	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	35,00	37,80	48,57	42,80	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%	18,61

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3481	Sitagliptinum	Sitagliptin SUN, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991473105	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	17,50	18,90	25,67	21,40	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%	10,69
3482	Sitagliptinum	Symgliptin, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05905669739351	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	34,97	37,77	48,54	42,80	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%	18,58
3483	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Combodiab, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05903792662270	2023-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	28,93	31,24	41,62	41,62	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%	12,49
3484	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg	28 szt.	05900411004657	2022-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	50,20	54,22	65,97	42,80	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%	36,01
3485	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	56 szt.	05900411003551	2022-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	50,20	54,22	65,97	42,80	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%	36,01
3486	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+500 mg	56 szt.	05900411002998	2022-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	50,20	54,22	65,97	42,80	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%	36,01
3487	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Eprocliv, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05907626709728	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	32,50	35,10	45,71	42,80	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%	15,75

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3488	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Jamesi, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05909991483739	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	35,00	37,80	48,57	42,80	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%	18,61
3489	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Jamesi, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	05909991483647	2023-03-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	31,40	33,91	44,44	42,80	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%	14,48
3490	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Janumet, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05909990929771	2022-09-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	64,50	69,66	82,34	42,80	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%	52,38
3491	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Juzimette, tabl. powl., 50+1000 mg	60 szt.	05907594033207	2023-03-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	33,00	35,64	46,64	45,86	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%	14,54
3492	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Juzimette, tabl. powl., 50+850 mg	60 szt.	05907594033139	2023-09-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	31,00	33,48	44,35	44,35	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%	13,31
3493	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Lonamo Duo, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05995327182704	2023-09-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,70	33,16	43,64	42,80	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%	13,68
3494	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Lonamo Duo, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	05995327182698	2023-09-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,70	33,16	43,64	42,80	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%	13,68

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3495	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Maymetsi, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	03838989744557	2023-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	27,98	30,22	40,53	40,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,16
3496	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Maymetsi, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	03838989744571	2023-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	27,98	30,22	40,53	40,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,16
3497	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax Combi, tabl. powl., 50+1000 mg	60 szt.	05909991483265	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	37,50	40,50	51,79	45,86	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%	19,69
3498	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	60 szt.	05909991488659	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	53,78	58,08	70,43	45,86	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%	38,33
3499	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05909991451172	2022-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	36,50	39,42	50,29	42,80	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%	20,33
3500	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	05909991451042	2022-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	36,50	39,42	50,29	42,80	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%	20,33
3501	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Symetlip, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05905669739689	2023-09-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,38	32,81	43,28	42,80	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%	13,32
3502	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Symetlip, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	05905669739597	2023-09-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,38	32,81	43,28	42,80	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%	13,32

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3503	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05906414003758	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	30,00	32,40	41,86	35,29	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	17,16
3504	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05906414003741	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	15,00	16,20	21,99	17,65	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	9,64
3505	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991349325	2021-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	27,19	29,37	38,65	35,29	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	13,95
3506	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991349226	2021-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,59	14,68	20,38	17,65	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,03
3507	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991461393	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	23,98	25,90	34,97	34,97	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,49
3508	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991461317	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	11,99	12,95	18,55	17,65	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	6,20
3509	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991405960	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	18,50	19,98	28,70	28,70	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,61
3510	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991405991	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	55,50	59,94	77,06	77,06	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	23,12
3511	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991405922	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	9,25	9,99	15,41	15,41	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	4,62
3512	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991405953	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	27,75	29,97	41,29	41,29	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,39
3513	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991339135	2023-01-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	24,25	26,19	35,29	35,29	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,59
3514	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991422394	2021-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	9,90	10,69	16,15	16,15	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	4,85
3515	Solifenacini succinas	Solifenacin Medreg, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991314620	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	24,25	26,19	35,29	35,29	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,59

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3516	Solifenacini succinas	Solifurin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991351304	2022-11-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	25,00	27,00	36,14	35,29	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	11,44
3517	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05901720140388	2023-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	24,50	26,46	35,57	35,29	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,87
3518	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05901720140340	2023-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	12,25	13,23	18,85	17,65	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	6,50
3519	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991371777	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	23,96	25,88	34,95	34,95	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,49
3520	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991371753	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	11,98	12,94	18,54	17,65	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	6,19
3521	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991312640	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	28,00	30,24	39,57	35,29	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	14,87
3522	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991312633	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	14,00	15,12	20,85	17,65	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,50
3523	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991140069	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	26,30	28,40	37,63	35,29	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,93
3524	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991139995	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,44	14,52	20,21	17,65	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,86
3525	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05906720536148	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	28,00	30,24	39,57	35,29	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	14,87
3526	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05906720536117	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	14,00	15,12	20,85	17,65	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,50
3527	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909991382315	2021-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	78,02	84,26	103,30	103,30	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	30,99
3528	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991382308	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	27,20	29,38	38,66	35,29	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	13,96

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
3529	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 5 mg	100 szt.	05909991382285	2021-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	39,01	42,13	54,64	54,64	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	16,39
3530	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991382278	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,60	14,69	20,39	17,65	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,04
3531	Sotalolum	Sotahexal 160, tabl., 160 mg	20 szt.	05909990309115	2022-01-01	3 lata	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	10,00	10,80	15,45	14,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,03
3532	Sotalolum	Sotahexal 80, tabl., 80 mg	20 szt.	05909990309016	2022-01-01	3 lata	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	5,60	6,05	8,80	7,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,59
3533	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powl., 1.5 mln j.m.	16 szt.	05909990098613	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,95	15,07	20,59	16,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,11
3534	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powl., 3 mln j.m.	10 szt.	05909990692118	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,10	18,47	25,02	21,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,42
3535	Spironolactonum	Finospir, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990965977	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	15,10	16,31	22,96	22,96	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%	6,89
3536	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990965861	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	14,00	15,12	20,98	20,02	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%	6,97
3537	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990965854	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	6,50	7,02	9,42	6,01	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%	5,21
3538	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	100 szt.	05909990965885	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	25,40	27,43	36,74	36,74	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%	11,02

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3539	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990965878	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	8,50	9,18	13,10	12,01	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%	4,69
3540	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	17,20	18,58	24,64	20,02	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%	10,63
3541	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	4,30	4,64	6,54	4,00	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%	3,74
3542	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991244651	2022-07-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	7,50	8,10	12,01	12,01	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%	3,60
3543	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909991244668	2022-07-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	15,00	16,20	22,84	22,84	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%	6,85
3544	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powl., 100 mg	20 szt.	05909990673124	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	9,20	9,94	14,76	14,76	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%	4,43
3545	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 100 mg	30 szt.	05909990488513	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	14,50	15,66	22,27	22,27	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%	6,68
3546	Spironolactonum	Verospiron, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990117215	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	4,30	4,64	6,54	4,00	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%	3,74

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3547	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 50 mg	30 szt.	05909990488414	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	8,20	8,86	12,77	12,01	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%	4,36
3548	Standaryzowany wyciąg alergenowy roztoczy kurzu domowego (Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farina)	Acarizax, liofilizat doustny, 12 SQ-HDM	30 szt.	05909991257521	2023-07-01	2 lata	214.7, Alergeny kurzu domowego - produkty do stosowania doustnego	332,88	359,51	404,51	404,51	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 skórne lub swoiste immunoglobuliny E)		30%	121,35
3549	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg	60 sasz.	05909990017294	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	625,00	675,00	747,56	738,69	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	12,07
3550	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 250 mg	60 szt.	05909990017232	2021-01-01	3 lata	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	625,00	675,00	747,56	738,69	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	12,07
3551	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg	60 sasz.	05909990017331	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	1250,00	1350,00	1477,37	1477,37	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
3552	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 500 mg	60 szt.	05909990017263	2021-01-01	3 lata	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	1250,00	1350,00	1477,37	1477,37	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3553	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, syrop, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990312610	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	100.2, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie płynne	15,50	16,74	23,53	23,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	11,77
3554	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990276219	2023-09-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	14,42	15,57	21,99	21,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	11,00
3555	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990312719	2023-09-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	14,42	15,57	21,99	21,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	11,00
3556	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990117819	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-07-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	100.2, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie płynne	8,26	8,92	15,25	15,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	7,63
3557	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt.	05909990117529	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-07-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	7,88	8,51	10,84	5,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	8,09
3558	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990117611	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-07-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	19,70	21,28	28,03	21,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	17,04
3559	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990117710	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-07-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	19,70	21,28	28,03	21,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	17,04
3560	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	41,75	45,09	58,17	56,18	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,19

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3561	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	41,75	45,09	58,17	56,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,84
3562	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990864416	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	21,00	22,68	31,15	28,09	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,26
3563	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990864416	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	21,00	22,68	31,15	28,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,49
3564	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	43,80	47,30	60,51	56,18	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	7,53
3565	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	43,80	47,30	60,51	56,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,18
3566	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	21,90	23,65	32,18	28,09	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	7,29
3567	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	21,90	23,65	32,18	28,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,52
3568	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990283217	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	21,00	22,68	31,15	28,09	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,26
3569	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990283217	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	21,00	22,68	31,15	28,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,49

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3570	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg	24 szt.	05909991380410	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,05	4,37	6,21	3,79	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	2,42
3571	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991380465	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,76	6,22	9,48	9,48	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	0,00
3572	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg	24 szt.	05909991380373	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,10	3,35	4,71	1,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	2,81
3573	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg	24 szt.	05909990159314	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,21	5,63	7,47	3,79	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	3,68
3574	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990159437	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,65	10,42	13,77	9,48	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	4,29
3575	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg	24 szt.	05909990159512	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,89	4,20	5,56	1,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3576	Szczepionka przeciw pneumokokom sacharydowa, skoniugowana, adsorbowana (13-walentna)	Prevenar 13, zawiesina do wstrzykiwań, 0.5 ml	1 amp.-strzyk. + 1 igła	05909990737420	2022-01-01	2 lata	255.0, Szczepionki przeciw pneumokokom	227,13	245,30	280,12	280,12	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, wyciekiem 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 litego		50%	140,06
3577	Szczepionka przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego [typy 16 i 18] (rekombinowana, z adiuwantem, adsorbowana)	Cervarix, zawiesina do wstrzykiwań, 20+20 µg	1 amp.-strz.	05909990064748	2023-11-01	2 lata	254.0, Szczepionki przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV)	226,00	244,08	278,78	278,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	139,39
3578	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.5 mg	30 szt.	05909990051052	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	41,55	44,87	57,92	57,29	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,83
3579	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 1 mg	30 szt.	05909990051076	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	87,55	94,55	114,58	114,58	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3580	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	30 szt.	05909990699957	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	282,54	305,14	344,67	343,74	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	4,13

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3581	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 5 mg	30 szt.	05909990051137	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	475,17	513,18	570,70	570,70	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3582	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 0.5 mg	30 szt.	05909990783489	2023-05-01 - dla kolumny 13, 2023-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	31,16	33,65	46,03	46,03	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3583	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990783571	2023-05-01 - dla kolumny 13, 2023-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	62,32	67,31	85,70	85,70	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3584	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990783533	2023-05-01 - dla kolumny 13, 2023-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	311,62	336,55	383,48	383,48	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3585	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 0.5 mg	30 szt.	07613421037024	2023-11-01 - dla kolumny 13, <1><2>01-11-2023/<3>2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	34,50	37,26	49,86	49,86	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3586	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 1 mg	30 szt.	07613421037000	2023-11-01 - dla kolumny 13, <1><2>01-11-2023/<3>2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	69,00	74,52	93,35	93,35	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3587	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 2 mg	30 szt.	07613421037048	2023-11-01 - dla kolumny 13, <1><2>01-11-2023/<3>2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	138,00	149,04	176,44	176,44	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	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 detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3588	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 3 mg	30 szt.	07613421037031	2023-11-01 - dla kolumny 13, <1><2>01-11-2023/<3>2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	207,00	223,56	258,19	258,19	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3589	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 5 mg	30 szt.	07613421037017	2023-11-01 - dla kolumny 13, <1><2>01-11-2023/<3>2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	345,00	372,60	421,69	421,69	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3590	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.75 mg	30 szt.	05909991192709	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	94,81	102,39	123,26	122,76	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,70
3591	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	30 szt.	05909991192730	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	128,91	139,22	164,08	163,69	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,59
3592	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	90 szt.	05909991192754	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	405,95	438,43	489,49	489,49	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3593	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909991192761	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	534,29	577,03	640,36	640,36	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3594	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 0.5 mg	30 szt.	05909991148713	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	41,55	44,87	57,92	57,29	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,83
3595	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990447213	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	87,55	94,55	114,58	114,58	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3596	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990447312	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	475,17	513,18	570,70	570,70	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3597	Tafluprostum	Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml	1 but.po 3 ml	05909991372927	2023-03-01	2 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	49,50	53,46	64,67	36,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	39,45
3598	Tafluprostum + Timololum	Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml	30 poj. jednodawkowych 0,3 ml	05909991220327	2023-03-01	1 rok 8 miesięcy	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	65,70	70,96	83,54	38,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	56,52
3599	Tamoxifenum	Tamoxifen Sandoz, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990331017	2022-01-01	3 lata	130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen	9,10	9,83	15,55	15,55	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3600	Tamoxifenum	Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990775316	2022-01-01	3 lata	130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen	13,20	14,26	20,24	20,24	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
3601	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990622726	2022-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,64	17,97	23,97	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,96
3602	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05906414001501	2022-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,97	53,97	66,85	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,82
3603	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	120 szt.	05900411005920	2022-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	66,65	71,98	87,37	76,84	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	23,33
3604	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05900411005883	2022-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,66	17,99	23,99	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,98
3605	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	90 szt.	05900411005906	2022-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,99	53,99	66,87	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,84
3606	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990045006	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,00	18,36	24,38	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,37
3607	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05909990900794	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	51,00	55,08	68,02	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	19,99
3608	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909990894598	2022-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,33	17,64	23,61	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,60
3609	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	90 szt.	05909990894642	2021-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,00	52,92	65,74	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	17,71

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3610	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909991496791	2023-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,90	10,69	16,25	16,25	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3611	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909991470685	2022-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,97	10,77	16,34	16,34	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3612	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990573585	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,20	17,50	23,46	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,45
3613	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05909991496807	2023-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	29,70	32,08	43,64	43,64	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3614	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05909991470692	2022-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	29,91	32,30	43,88	43,88	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3615	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05909990573592	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	48,60	52,49	65,28	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	17,25
3616	Tamsulosini hydrochloridum	Omsal 0,4 mg kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990586196	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,50	17,82	23,81	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,80
3617	Tamsulosini hydrochloridum	Prostamnic, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990573257	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,70	18,04	24,04	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,03
3618	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909990048007	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,66	17,99	23,99	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,98

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
3619	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	90 szt.	05909991092184	2022-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,50	53,46	66,31	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,28
3620	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990044382	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,50	17,82	23,81	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,80
3621	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05909991136321	2022-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	36,00	38,88	50,85	50,85	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3622	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	16,49	16,49	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3623	Tamsulosini hydrochloridum	TamisPras, tabl. o przedłużonym działaniu, 0.4 mg	30 szt.	05909990980451	2021-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,96	18,32	24,34	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,33
3624	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990570386	2022-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,14	14,19	19,96	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,95
3625	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	60 szt.	05907626708400	2022-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	26,26	28,36	37,71	37,71	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,40
3626	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05907626708417	2022-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	39,40	42,55	54,74	54,74	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3627	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsiger, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	09008732011845	2022-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,98	10,78	16,35	16,35	Przerost gruczołu krokowego		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
3628	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990565948	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,40	18,79	24,84	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,83
3629	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsugen 0,4 mg, kapsułki o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990570690	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	11,38	12,29	17,94	17,94	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3630	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	15,80	15,80	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3631	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	42,27	42,27	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3632	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909990430895	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,75	18,09	24,10	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,09
3633	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz ERAS, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909990847808	2022-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,58	17,91	23,90	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,89
3634	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909990566068	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,65	17,98	23,98	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,97
3635	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	60 szt.	05909990566075	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	33,30	35,96	45,76	38,42	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	13,74
3636	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	90 szt.	05907587609235	2023-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,95	53,95	66,83	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,80

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3637	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909991191221	2022-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,65	17,98	23,98	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,97
3638	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	60 szt.	05909991191214	2023-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	33,30	35,96	45,76	38,42	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	13,74
3639	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0.4 mg	90 szt.	05909991199081	2023-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,95	53,95	66,83	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,80
3640	Tamsulosini hydrochloridum	Urostad 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarda, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0.4 mg	30 szt.	05909997216393	2022-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,98	10,78	16,35	16,35	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3641	Tamsulosinum	Omnic 0,4, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909990716418	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,41	18,80	24,85	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,84
3642	Tamsulosinum	Omnic Ocas 0,4, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 0.4 mg	30 szt.	05909990219070	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,70	19,12	25,18	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,17
3643	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990865598	2021-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	176,76	190,90	220,65	206,07	Przewlekły ból o dużym nasileniu w przebiegu chorób nowotworowych - u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub przedłużonym uwalnianiu lub u których nie jest tolerowana		bezpłatny do limitu	14,58
3644	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990865635	2021-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	265,14	286,35	324,49	309,10	Przewlekły ból o dużym nasileniu w przebiegu chorób nowotworowych - u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub przedłużonym uwalnianiu lub u których nie jest tolerowana		bezpłatny do limitu	15,39

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3645	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990865666	2021-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	339,36	366,51	412,13	412,13	Przewlekły ból o dużym nasileniu w przebiegu chorób nowotworowych - u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub przedłużonym uwalnianiu lub u których nie jest tolerowana		bezpłatny do limitu	0,00
3646	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 250 mg	60 szt.	05909990865697	2021-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	401,54	433,66	485,98	485,98	Przewlekły ból o dużym nasileniu w przebiegu chorób nowotworowych - u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub przedłużonym uwalnianiu lub u których nie jest tolerowana		bezpłatny do limitu	0,00
3647	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909990865567	2021-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	88,17	95,22	115,15	103,03	Przewlekły ból o dużym nasileniu w przebiegu chorób nowotworowych - u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub przedłużonym uwalnianiu lub u których nie jest tolerowana		bezpłatny do limitu	12,12
3648	Telmisartan	Telmix, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990974887	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,68	20,17	26,74	21,40	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%	11,76
3649	Telmisartan	Telmix, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990974993	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,36	40,35	50,93	42,80	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%	20,97
3650	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990891832	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,25	9,99	13,75	10,70	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%	6,26
3651	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990891863	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,80	20,30	26,88	21,40	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%	11,90

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3652	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990440825	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,63	26,60	33,56	21,40	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%	18,58
3653	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,23	13,21	17,16	10,70	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%	9,67
3654	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,46	26,42	33,36	21,40	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%	18,38
3655	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991060220	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,75	8,37	12,07	10,70	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%	4,58
3656	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991060268	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,00	16,20	22,53	21,40	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%	7,55
3657	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991391713	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,50	8,10	11,80	10,70	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%	4,31
3658	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991391720	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,19	16,41	22,75	21,40	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%	7,77
3659	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991036768	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,10	9,83	13,58	10,70	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%	6,09

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3660	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991461355	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,93	15,04	21,31	21,31	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%	6,39
3661	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991229801	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,40	16,63	22,99	21,40	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%	8,01
3662	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991036867	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,20	19,66	26,19	21,40	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%	11,21
3663	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991388003	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,47	9,15	12,86	10,70	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%	5,37
3664	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991388034	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,94	18,30	24,76	21,40	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%	9,78
3665	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991018429	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,60	8,21	11,91	10,70	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%	4,42
3666	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991018436	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,10	16,31	22,65	21,40	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%	7,67
3667	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,99	11,87	15,74	10,70	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%	8,25

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3668	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,98	23,74	30,52	21,40	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%	15,54
3669	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990902002	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,98	12,94	16,88	10,70	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%	9,39
3670	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990902095	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,96	25,88	32,79	21,40	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%	17,81
3671	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991423551	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,97	7,53	11,23	10,70	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%	3,74
3672	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991453060	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2021-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,98	7,54	11,24	10,70	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%	3,75
3673	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990818082	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	13,46	10,70	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%	5,97
3674	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991423568	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,96	15,08	21,34	21,34	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%	6,40
3675	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991453077	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2021-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,96	15,08	21,34	21,34	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%	6,40

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3676	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991086626	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,90	19,33	25,85	21,40	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%	10,87
3677	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991423575	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,96	15,08	21,34	21,34	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%	6,40
3678	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991453299	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2021-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,96	15,08	21,34	21,34	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%	6,40
3679	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990818150	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,00	19,44	25,97	21,40	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%	10,99
3680	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991423582	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,91	30,14	40,11	40,11	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%	12,03
3681	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991453305	2021-09-01 - dla kolumny 13, 2021-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,92	30,15	40,13	40,13	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%	12,04
3682	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991086633	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,80	38,66	49,15	42,80	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%	19,19
3683	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	28 szt.	05909997077604	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,00	10,80	14,61	10,70	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%	7,12

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3684	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 szt.	05909997077628	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,30	25,16	32,04	21,40	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%	17,06
3685	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	05909997077635	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,80	30,02	38,79	32,10	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%	16,32
3686	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05901878600901	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,98	14,02	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
3687	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05903792743566	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,00	14,04	20,24	20,24	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
3688	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05909997077673	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,00	21,60	28,26	21,40	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%	13,28
3689	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	30 szt.	05903792743580	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,85	14,96	21,50	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%	6,45
3690	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05901878600864	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,96	28,04	37,88	37,88	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%	11,36
3691	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05903792743542	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,00	28,08	37,92	37,92	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%	11,38

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3692	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05909997077697	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	46,60	50,33	61,51	42,80	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%	31,55
3693	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05901878600871	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,94	42,06	54,74	54,74	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%	16,42
3694	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05903792743559	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2021-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,00	42,12	54,81	54,81	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%	16,44
3695	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05909997077703	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	55,60	60,05	73,82	64,20	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%	28,88
3696	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990840472	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,95	9,67	13,41	10,70	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%	5,92
3697	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990840489	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2021-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,99	15,11	21,38	21,38	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
3698	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990840557	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,90	19,33	25,85	21,40	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%	10,87
3699	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990840564	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2021-05-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,98	30,22	40,19	40,19	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3700	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990941841	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,40	9,07	12,77	10,70	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%	5,28
3701	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990941926	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,80	18,14	24,59	21,40	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%	9,61
3702	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05903060616684	2023-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,83	8,46	12,16	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,67
3703	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05903060616660	2023-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,83	8,46	12,16	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,67
3704	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05903060616721	2023-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,67	16,92	23,30	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,32
3705	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05903060616707	2023-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,67	16,92	23,30	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,32
3706	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05909991338626	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,94	9,66	13,40	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,91
3707	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05909991338541	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,94	9,66	13,40	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,91

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3708	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	56 szt.	05909991338565	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,65	16,90	23,28	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,30
3709	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	84 szt.	05909991338589	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,48	25,36	33,84	32,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,37
3710	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05909991338787	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,88	19,31	25,83	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,85
3711	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	56 szt.	05909991338800	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,30	33,80	43,99	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,03
3712	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	84 szt.	05909991338824	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	46,95	50,71	63,91	63,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	19,17
3713	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05909991338701	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,88	19,31	25,83	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,85
3714	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	56 szt.	05909991338725	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,30	33,80	43,99	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,03
3715	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	84 szt.	05909991338749	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	46,95	50,71	63,91	63,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	19,17

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3716	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991056247	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,40	24,19	31,00	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,02
3717	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991056773	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,40	24,19	31,00	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,02
3718	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Gisartan, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991080051	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	31,12	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,14
3719	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Gisartan, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991080174	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	31,12	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,14
3720	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909991020026	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,03	31,35	38,59	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	23,61
3721	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909990653027	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,70	32,08	39,36	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	24,38
3722	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991079451	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,48	12,40	16,30	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,81
3723	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991079598	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,96	24,80	31,65	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,67

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3724	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991079703	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,96	24,80	31,65	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,67
3725	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991388157	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,80	9,50	13,24	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,75
3726	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991388188	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,60	19,01	25,51	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,53
3727	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991388218	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,60	19,01	25,51	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,53
3728	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991073732	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,10	11,99	15,87	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,38
3729	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991073848	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,40	24,19	31,00	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,02
3730	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991073909	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,40	24,19	31,00	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,02
3731	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991410667	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,95	17,23	23,62	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,64

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3732	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991417932	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,23	8,89	12,59	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,10
3733	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991417963	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,46	17,78	24,21	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,23
3734	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991418007	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,46	17,78	24,21	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,23
3735	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991082338	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,50	13,50	17,47	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,98
3736	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991082529	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,00	27,00	33,98	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	19,00
3737	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991082598	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,00	27,00	33,98	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	19,00
3738	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991095994	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,55	11,39	15,23	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,74
3739	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991096007	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,10	22,79	29,52	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,54

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3740	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991096038	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,10	22,79	29,52	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,54
3741	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991096045	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,20	45,58	56,47	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	26,51
3742	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991096069	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,10	22,79	29,52	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,54
3743	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991096076	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,20	45,58	56,47	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	26,51
3744	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991045180	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,00	11,88	15,75	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,26
3745	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991045203	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,00	23,76	30,55	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,57
3746	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	84 szt.	05909991045265	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,41	38,24	47,49	32,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	25,02
3747	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991045692	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,00	23,76	30,55	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,57

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3748	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991045722	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	44,00	47,52	58,53	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	28,57
3749	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	84 szt.	05909991045746	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	70,81	76,47	91,22	64,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	46,28
3750	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991045807	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,00	23,76	30,55	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,57
3751	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991045852	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	44,00	47,52	58,53	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	28,57
3752	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	84 szt.	05909991045876	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	70,81	76,47	91,22	64,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	46,28
3753	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	28 szt.	05909991081874	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,97	8,61	12,31	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,82
3754	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	56 szt.	05909991081898	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,94	17,22	23,61	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,63
3755	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	28 szt.	05909991081942	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,94	17,22	23,61	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3756	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	56 szt.	05909991081966	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,89	34,44	44,66	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,70
3757	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	28 szt.	05909991082062	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,94	17,22	23,61	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,63
3758	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	56 szt.	05909991082086	2021-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,89	34,44	44,66	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,70
3759	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991226381	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,25	12,15	16,04	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,55
3760	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991330040	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,48	17,80	24,23	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,25
3761	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991226398	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	31,12	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,14
3762	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991330057	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,96	35,60	45,90	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,94
3763	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991226404	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	31,12	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3764	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991330064	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,96	35,60	45,90	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,94
3765	Telmisartanum + Indapamidum	Ylpio, tabl., 80+2,5 mg	30 szt.	05909991463557	2023-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	2 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,47	23,19	30,23	22,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,18
3766	Terazosinum	Hytrin, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990768011	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,50	53,46	64,02	35,86	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	34,13
3767	Terazosinum	Hytrin, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990768011	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,50	53,46	64,02	35,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	38,92
3768	Terazosinum	Hytrin, tabl., 2 mg	28 szt.	05909990767816	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,81	10,59	13,45	7,17	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,48
3769	Terazosinum	Hytrin, tabl., 2 mg	28 szt.	05909990767816	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,81	10,59	13,45	7,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,43
3770	Terazosinum	Hytrin, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990767915	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	24,50	26,46	32,73	17,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,00
3771	Terazosinum	Hytrin, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990767915	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	24,50	26,46	32,73	17,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,18

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3772	Terazosinum	Kornam, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990484119	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,50	17,82	21,24	7,68	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	16,76
3773	Terazosinum	Kornam, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990484119	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,50	17,82	21,24	7,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,86
3774	Terazosinum	Kornam, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990484317	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	29,45	31,81	38,64	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	22,63
3775	Terazosinum	Kornam, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990484317	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	29,45	31,81	38,64	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	25,19
3776	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990621057	2022-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	18,40	19,87	27,09	23,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,50
3777	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990621064	2022-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	36,80	39,74	51,09	46,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	27,91
3778	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990419043	2021-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	15,50	16,74	23,77	23,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,18
3779	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990419050	2022-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	32,67	35,28	46,36	46,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,18
3780	Terbinafinum	Zelefion, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990645503	2022-11-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	36,00	38,88	50,17	46,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,99
3781	tert-Butylamini Perindoprilum	Prenessa, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990662494	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,72	20,22	24,70	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,93
3782	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990653614	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,50	8,10	10,45	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,07

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3783	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990653621	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,50	14,58	18,72	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,95
3784	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	30 szt.	05909990908165	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,25	12,15	14,69	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	12,31
3785	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	90 szt.	05909990908189	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,88	35,51	42,12	16,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	34,97
3786	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	30 szt.	05909990908134	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,25	12,15	14,69	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	12,31
3787	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	90 szt.	05909990908158	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,88	35,51	42,12	16,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	34,97
3788	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	30 szt.	05909990908240	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	29,03	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	24,26
3789	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	90 szt.	05909990908264	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	65,66	70,91	82,28	33,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	67,97
3790	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	30 szt.	05909990908196	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	29,03	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	24,26

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3791	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	90 szt.	05909990908233	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	65,66	70,91	82,28	33,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	67,97
3792	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001860	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,25	12,15	14,69	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	12,31
3793	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001877	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	29,03	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	24,26
3794	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001839	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,25	12,15	14,69	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	12,31
3795	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001846	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	29,03	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	24,26
3796	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001921	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	29,03	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	24,26
3797	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001938	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	45,00	48,60	57,05	22,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	47,51
3798	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001891	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	29,03	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	24,26

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3799	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001907	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	45,00	48,60	57,05	22,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	47,51
3800	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa, tabl., 8+2,5 mg	30 szt.	05909990850167	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,99	21,59	26,16	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	21,39
3801	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg	30 szt.	05909990746569	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,30	13,28	15,89	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	13,51
3802	Tetrabenazinum	Tetmodis, tabl., 25 mg	112 szt.	05909990805594	2023-01-01	3 lata	238.0, Inne leki działające na układ nerwowy - tetrabenazyna	358,00	386,64	434,06	434,06	Hiperkinetyczne zaburzenia motoryczne w chorobie Huntingtona		ryczałt	3,20
3803	Theophylline	Theospirex retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990803910	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu	5,78	6,24	9,28	8,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,11
3804	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 200 mg	30 szt.	09120099670104	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu	5,65	6,10	8,71	6,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,21
3805	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 300 mg	30 szt.	09120099670111	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu	7,40	7,99	11,47	10,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,63
3806	Theophyllinum	Theospirex retard 300 mg, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990261215	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu	10,75	11,61	16,74	16,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,00

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3807	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powl., 6.5 mg	50 szt.	05909990242511	2022-01-01	3 lata	206.2, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyna - postacie do podawania doustnego	17,00	18,36	25,68	25,68	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
3808	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powl., 6.5 mg	50 szt.	05909990242511	2022-01-01	3 lata	206.2, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyna - postacie do podawania doustnego	17,00	18,36	25,68	25,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,70
3809	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 10 mg	50 szt.	05909990058839	2022-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	150,00	162,00	189,39	189,39	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3810	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909990058846	2022-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	228,00	246,24	281,04	281,04	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3811	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 5 mg	50 szt.	05909990058822	2022-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	72,00	77,76	96,07	94,69	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	4,58
3812	Tianeptinum	Atinepte, tabl. powl., 12.5 mg	30 szt.	05909990997152	2021-03-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,95	16,15	20,48	10,67	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,01
3813	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12.5 mg	30 szt.	05909991290016	2021-11-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,50	10,26	14,24	10,67	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,77
3814	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12.5 mg	30 szt.	05909991267131	2022-07-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,95	11,83	15,90	10,67	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,43
3815	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. powl., 12.5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990370214	2022-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,44	16,68	21,04	10,67	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,57
3816	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powl., 12.5 mg	30 szt.	05909990875245	2022-11-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,96	16,16	20,49	10,67	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,02
3817	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powl., 12.5 mg	90 szt.	05909991201821	2021-09-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	37,49	40,49	50,13	32,01	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	27,72
3818	Ticlopidini hydrochloridum	Aclotin, tabl. powl., 0.25 g	20 szt.	05909990667116	2022-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwpłytkowe - tyklopidyna	8,42	9,09	13,29	11,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,93
3819	Ticlopidini hydrochloridum	Aclotin, tabl. powl., 0.25 g	60 szt.	05909990334971	2022-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwpłytkowe - tyklopidyna	24,70	26,68	35,86	35,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,76
3820	Timololum	Cusimolol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990187713	2022-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	3,99	4,31	6,54	5,51	Jaskra		30%	2,68

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3821	Timololum	Oftensin, krople do oczu, roztwór, 2.5 mg/ml	5 ml	05909990073610	2022-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	3,04	3,28	5,51	5,51	Jaskra		30%	1,65
3822	Timololum	Oftensin, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	5 ml	05909990073719	2022-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	3,04	3,28	5,51	5,51	Jaskra		30%	1,65
3823	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214	2022-11-01	3 lata	234.0, Leki przeciwnowotworowe - antymetabolity - analogi puryn - tioguanina	372,00	401,76	450,53	450,53	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3824	Tiotropii bromidum	Braltus, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 10 µg/dawkę dostarczaną	30 szt. + 1 inhalator	05909991299545	2022-03-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	104,30	104,30	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	3,20
3825	Tiotropii bromidum	Braltus, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 10 µg/dawkę dostarczaną	30 szt. + 1 inhalator	05909991299545	2022-03-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	104,30	104,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	31,29
3826	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	95,44	95,44	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	3,20
3827	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	95,44	95,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	28,63
3828	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985111	2022-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	89,50	96,66	116,33	104,30	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	15,23
3829	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985111	2022-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	89,50	96,66	116,33	104,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	43,32
3830	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985128	2022-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	89,50	96,66	116,33	104,30	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	15,23
3831	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985128	2022-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	89,50	96,66	116,33	104,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	43,32

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3832	Tiotropium	Spiriva Respimat, roztwór do inhalacji, 2.5 µg/dawkę odmierzoną	1 wkł.po 30 dawek leczniczych (60 dawek odmierzonych) + 1 inhalator Respimat	05909990735839	2022-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	95,00	102,60	122,63	104,30	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące		30%	49,62
3833	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps.	05909991253998	2022-07-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	104,30	104,30	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	3,20
3834	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps.	05909991253998	2022-07-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	104,30	104,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	31,29
3835	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991254001	2022-07-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	104,30	104,30	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	3,20
3836	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991254001	2022-07-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	104,30	104,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	31,29
3837	Tizanidinum	Sirdalud MR, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 6 mg	30 szt.	05909990671410	2022-01-01	3 lata	144.0, Leki działające rozkurczowo na mięśnie szkieletowe - tizanidyna	40,55	43,79	55,01	45,17	Stwardnienie rozsiane		30%	23,39
3838	Tizanidinum	Tizanor, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990784486	2022-05-01	3 lata	144.0, Leki działające rozkurczowo na mięśnie szkieletowe - tizanidyna	20,33	21,96	30,11	30,11	Stwardnienie rozsiane		30%	9,03
3839	Tolterodini hydrogenotartras	Uroflow 2, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909990648641	2022-01-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	10,75	11,61	14,93	8,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	9,17
3840	Tolterodini tartras	Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991055271	2022-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	17,05	18,41	24,11	16,47	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,58
3841	Tolterodini tartras	Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	90 szt.	05909991139520	2021-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	56,00	60,48	73,63	52,94	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	36,57
3842	Tolterodini tartras	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	28 szt.	05909991035235	2022-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	10,74	11,60	14,91	8,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	9,15
3843	Tolterodini tartras	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991035549	2022-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	21,48	23,20	29,18	16,47	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	17,65

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3844	Tolterodini tartras	Tolzurin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	28 szt.	05909991023485	2022-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	8,68	9,37	12,56	8,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	6,80
3845	Tolterodini tartras	Tolzurin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991023522	2022-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	17,36	18,75	24,46	16,47	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,93
3846	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	60 szt.	05909991008642	2021-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	18,34	19,81	25,82	17,65	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	13,47
3847	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	05909991008666	2021-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	18,34	19,81	25,82	17,65	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	13,47
3848	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	60 szt.	05909991008680	2021-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	36,68	39,61	49,51	35,29	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	24,81
3849	Tolterodini tartras	Uroflow SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	05909991437473	2021-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	17,24	18,62	24,55	17,65	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,20
3850	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990649594	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	25,88	27,95	37,31	34,47	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	6,04
3851	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05909990649617	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	51,76	55,90	70,39	68,94	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,65
3852	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909990649556	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	6,46	6,98	10,40	8,62	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,98
3853	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990649570	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	12,94	13,98	19,78	17,24	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,74

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
3854	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990061495	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	27,55	29,75	39,23	34,47	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	7,96
3855	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05909990061464	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	54,40	58,75	73,40	68,94	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	7,66
3856	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909990061488	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	6,80	7,34	10,76	8,62	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,34
3857	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990061471	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	13,60	14,69	20,53	17,24	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	6,49
3858	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990715169	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	52,00	56,16	71,07	71,07	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3859	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 25 mg	60 szt.	05909990715084	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	15,00	16,20	22,39	18,47	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	7,12
3860	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909990715145	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	28,00	30,24	40,05	36,93	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	6,32
3861	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 100 mg	1 but.po 28 szt.	05909990759019	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	26,80	28,94	38,37	34,47	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	7,10

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3862	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 200 mg	1 but.po 28 szt.	05909990759118	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	50,50	54,54	68,94	68,94	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3863	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 25 mg	1 but.po 28 szt.	05909990758814	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	10,36	11,19	14,74	8,62	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	9,32
3864	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 50 mg	1 but.po 28 szt.	05909990758913	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	13,40	14,47	20,30	17,24	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	6,26
3865	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 100 mg	30 szt. (blister)	05909990671496	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	26,60	28,73	38,46	36,93	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,73
3866	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990671502	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	53,20	57,46	72,44	72,44	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3867	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 25 mg	30 szt. (blister)	05909990671472	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	6,65	7,18	10,78	9,23	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,75
3868	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990671489	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	13,30	14,36	20,45	18,47	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,18
3869	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012	2022-11-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,04	6,52	9,79	8,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3870	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012	2022-11-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,04	6,52	9,79	8,03	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,76
3871	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029	2022-11-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	57,95	62,59	78,21	77,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,24
3872	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029	2022-11-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	57,95	62,59	78,21	77,10	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,11
3873	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,41	5,84	8,50	6,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,08
3874	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,41	5,84	8,50	6,31	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,19
3875	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990967612	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,43	5,86	8,52	6,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,10
3876	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990967612	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,43	5,86	8,52	6,31	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,21
3877	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990967629	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,36	17,67	23,87	18,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,62
3878	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990967629	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,36	17,67	23,87	18,93	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,94
3879	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990967636	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,95	29,11	38,00	31,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,92

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3880	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990967636	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,95	29,11	38,00	31,55	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,45
3881	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990967711	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,15	8,80	12,34	9,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,72
3882	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990967711	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,15	8,80	12,34	9,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,88
3883	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990967728	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,98	28,06	36,50	28,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,63
3884	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990967728	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,98	28,06	36,50	28,39	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	8,11
3885	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990967735	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,70	43,96	55,63	47,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,51
3886	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990967735	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,70	43,96	55,63	47,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	8,31
3887	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990967810	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,87	11,74	16,32	12,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,49
3888	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990967810	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,87	11,74	16,32	12,62	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,70
3889	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990967827	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,40	34,99	44,99	37,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,49

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3890	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990967827	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,40	34,99	44,99	37,86	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,13
3891	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990967834	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	54,33	58,68	72,60	63,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	28,43
3892	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990967834	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	54,33	58,68	72,60	63,10	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	9,50
3893	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300	2023-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,62	4,99	7,65	6,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,23
3894	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300	2023-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,62	4,99	7,65	6,31	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,34
3895	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819	2022-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,80	5,18	7,84	6,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,42
3896	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819	2022-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,80	5,18	7,84	6,31	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,53
3897	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol SYNTEZA, krople doustne, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718	2022-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	8,50	9,18	12,46	8,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,84
3898	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol SYNTEZA, krople doustne, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718	2022-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	8,50	9,18	12,46	8,03	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,43
3899	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol SYNTEZA, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,70	7,24	9,90	6,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,48

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3900	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol SYNTEZA, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,70	7,24	9,90	6,31	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,59
3901	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990253913	2022-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	5,80	6,26	9,53	8,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,91
3902	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990253913	2022-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	5,80	6,26	9,53	8,03	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,50
3903	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml z pompką	05909990253920	2022-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	56,98	61,54	77,10	77,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	23,13
3904	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml z pompką	05909990253920	2022-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	56,98	61,54	77,10	77,10	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3905	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990253616	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,20	5,62	8,28	6,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,86
3906	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990253616	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,20	5,62	8,28	6,31	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,97
3907	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990253814	2022-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	5,80	6,26	9,15	7,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,67
3908	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990253814	2022-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	5,80	6,26	9,15	7,83	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,32
3909	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990253821	2022-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	10,00	10,80	15,66	15,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,70
3910	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990253821	2022-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	10,00	10,80	15,66	15,66	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3911	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990786213	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,95	5,35	8,01	6,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,59
3912	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990786213	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,95	5,35	8,01	6,31	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,70
3913	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990786220	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,98	16,18	22,29	18,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,04
3914	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990786220	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,98	16,18	22,29	18,93	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,36
3915	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990786237	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,80	26,78	35,53	31,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,45
3916	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990786237	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,80	26,78	35,53	31,55	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,98
3917	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990786312	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,42	8,01	11,55	9,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,93
3918	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990786312	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,42	8,01	11,55	9,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,09
3919	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991480691	2022-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,78	22,44	30,55	28,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,68
3920	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991480691	2022-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,78	22,44	30,55	28,39	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,16

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3921	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990786329	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,63	23,36	31,52	28,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,65
3922	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990786329	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,63	23,36	31,52	28,39	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,13
3923	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909991480707	2022-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,64	37,41	48,70	47,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,58
3924	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909991480707	2022-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,64	37,41	48,70	47,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,38
3925	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990786336	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,12	40,09	51,54	47,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,42
3926	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990786336	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,12	40,09	51,54	47,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,22
3927	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990786411	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,94	10,74	15,26	12,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,43
3928	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990786411	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,94	10,74	15,26	12,62	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,64
3929	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990786428	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,82	32,21	42,04	37,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,54
3930	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990786428	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,82	32,21	42,04	37,86	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,18

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3931	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990786435	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	49,70	53,68	67,29	63,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	23,12
3932	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990786435	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	49,70	53,68	67,29	63,10	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,19
3933	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	05909990780303	2022-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,00	5,40	7,17	3,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,97
3934	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	05909990780303	2022-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,00	5,40	7,17	3,15	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,02
3935	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990780334	2022-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,40	7,99	11,53	9,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,91
3936	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990780334	2022-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,40	7,99	11,53	9,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,07
3937	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	05909990780341	2022-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,40	13,39	18,70	15,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,66
3938	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	05909990780341	2022-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,40	13,39	18,70	15,77	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,93
3939	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167	2021-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	15,63	14,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,69
3940	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167	2021-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	15,63	14,20	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,43

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3941	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,90	16,09	22,66	21,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,75
3942	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,90	16,09	22,66	21,30	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,36
3943	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595	2021-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,98	21,58	29,63	28,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,76
3944	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595	2021-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,98	21,58	29,63	28,39	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,24
3945	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,80	32,18	42,59	42,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,78
3946	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,80	32,18	42,59	42,59	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3947	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,98	5,38	8,26	7,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,29
3948	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,98	5,38	8,26	7,10	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,16
3949	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794	2021-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,91	10,70	15,53	14,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,59
3950	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794	2021-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,91	10,70	15,53	14,20	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,33

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3951	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243	2021-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,87	16,06	22,63	21,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,72
3952	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243	2021-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,87	16,06	22,63	21,30	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,33
3953	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287	2021-05-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,96	5,36	8,24	7,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,27
3954	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287	2021-05-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,96	5,36	8,24	7,10	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,14
3955	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294	2021-05-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,93	10,72	15,56	14,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,62
3956	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294	2021-05-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,93	10,72	15,56	14,20	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,36
3957	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,90	16,09	22,66	21,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,75
3958	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,90	16,09	22,66	21,30	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,36
3959	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076	2022-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,75	10,53	15,36	14,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,42
3960	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076	2022-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,75	10,53	15,36	14,20	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,16

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3961	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 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	29,09	28,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,22
3962	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 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	29,09	28,39	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,70
3963	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 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	41,97	41,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,59
3964	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 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	41,97	41,97	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3965	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,32	3,59	5,81	4,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,50
3966	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,32	3,59	5,81	4,73	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,08
3967	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,05	5,45	8,33	7,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,36
3968	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,05	5,45	8,33	7,10	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,23
3969	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	15,76	14,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,82
3970	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	15,76	14,20	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,56

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3971	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,15	16,36	22,95	21,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,04
3972	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,15	16,36	22,95	21,30	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,65
3973	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	08595566452230	2022-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,94	5,34	8,22	7,10	Nowotwory złośliwe;		bezpłatny do limitu	1,12
3974	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	08595566452230	2022-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,94	5,34	8,22	7,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,25
3975	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	08595566452247	2022-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,88	10,67	15,50	14,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,56
3976	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	08595566452247	2022-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,88	10,67	15,50	14,20	Nowotwory złośliwe;		bezpłatny do limitu	1,30
3977	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	08595566452254	2022-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,64	15,81	22,37	21,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,46
3978	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	08595566452254	2022-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,64	15,81	22,37	21,30	Nowotwory złośliwe;		bezpłatny do limitu	1,07
3979	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 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	25,00	23,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,44
3980	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 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	25,00	23,66	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,34

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3981	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 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	8,33	7,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,36
3982	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 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	8,33	7,10	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,23
3983	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	15,76	14,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,82
3984	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	15,76	14,20	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,56
3985	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735	2021-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,61	7,14	10,68	9,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,06
3986	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735	2021-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,61	7,14	10,68	9,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,22
3987	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742	2021-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,92	10,71	15,55	14,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,61
3988	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742	2021-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,92	10,71	15,55	14,20	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,35
3989	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759	2021-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,85	21,44	29,48	28,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,61
3990	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759	2021-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,85	21,44	29,48	28,39	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,09

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3991	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766	2021-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,77	32,15	42,55	42,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,77
3992	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766	2021-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,77	32,15	42,55	42,55	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3993	Travoprostum	Travatan, krople do oczu, roztwór, 0.04 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990942619	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,30	29,48	38,76	32,17	Jaskra		ryczałt	9,79
3994	Travoprostum	Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909991197629	2022-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,28	27,30	36,44	32,17	Jaskra		ryczałt	7,47
3995	Travoprostum	Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 poj.a 2,5 ml	05909991321949	2021-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,28	27,30	36,44	32,17	Jaskra		ryczałt	7,47
3996	Travoprostum	Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	3 poj.a 2,5 ml	05909991321956	2021-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	75,84	81,91	100,32	96,50	Jaskra		ryczałt	11,82
3997	Travoprostum + Timololum	DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990586172	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	33,16	35,81	45,46	32,17	Jaskra		ryczałt	16,49
3998	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	39,27	32,17	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
3999	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	108,81	96,50	Jaskra		ryczałt	20,31
4000	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	141,95	128,67	Jaskra		ryczałt	23,95
4001	Travoprostum + Timololum	Travoprost + Timolol Medical Valley, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991447106	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,00	23,76	32,69	32,17	Jaskra		ryczałt	3,72
4002	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	39,27	32,17	Jaskra		ryczałt	10,30
4003	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990918720	2022-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,55	20,03	24,59	10,67	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	17,12
4004	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990715497	2022-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	50,30	54,32	64,80	32,01	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	42,39
4005	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990918621	2022-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,13	15,26	18,78	8,00	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,18
4006	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991094645	2021-09-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	26,80	28,94	35,25	16,01	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	24,04
4007	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991094799	2021-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	50,76	54,82	65,32	32,01	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	42,91
4008	Triamcinolonum	Polcortolon, tabl., 4 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990915446	2021-11-01	3 lata	82.6, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - triamcynolon	14,48	15,64	22,07	22,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,62

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
4009	Triptorelinum	Diphereline SR 11,25 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu do wstrzykiwań, 11.25 mg	1 fiol. + 1 amp.po 2 ml + 1 strz. + 2 igły	05909990894413	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	518,00	559,44	619,99	565,55	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	64,04
4010	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	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	249,00	268,92	302,34	175,95	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	129,59
4011	Triptorelinum	Gonapeptyl Daily, roztwór do wstrzykiwań, 0.1 mg/ml	7 amp.-strz.po 1 ml	05909990707553	2021-07-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	69.2, Leki stosowane w terapii hormonalnej – analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	135,65	146,50	172,40	172,40	Desensybilizacja przysadki mózgowej i zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych 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	3,20
4012	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125524	2022-01-01	3 lata	226.0, Leki antycholinergiczne do stosowania do oczu	7,20	7,78	12,76	12,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
4013	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125623	2022-01-01	3 lata	226.0, Leki antycholinergiczne do stosowania do oczu	10,80	11,66	16,81	16,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
4014	Umeclidinii bromidum	Incruse Ellipta, proszek do inhalacji, 55 µg	30 daw.	05909991108953	2023-09-01	6 miesięcy	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	94,32	101,87	121,85	104,30	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	48,84
4015	Umeclidinii bromidum + Vilanterolum	Anoro Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 55+22 µg	1 inhalator po 30 dawek	05909991108984	2021-03-01	3 lata	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	141,75	153,09	177,58	134,31	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	83,56

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
4016	Urofollitropinum	Fostimon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 j.m./ml	1 fiol. z prosz.po 75 j.m. + 1 amp. z rozp.po 1 ml	05909991083212	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	55,00	59,40	76,21	76,21	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 mlU/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 mlU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli		ryczałt	3,20
4017	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	2023-07-01	2 lata	247.0, Szczepionki przeciw grypie	37,60	40,61	52,70	52,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,35
4018	Valganciclovirum	Valcyte, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 50 mg/ml	1 but.po 12 g	05902768001082	2023-03-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	116.2, Leki przeciwwirusowe - walgancyklowir do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	660,00	712,80	788,43	788,43	Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom narządów miąższowych - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancyklowiru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej; Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom nerek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 200 dni po przeszczepie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancyklowiru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej	<1>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 - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancyklowiru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej; <2>zakażenia wirusem cytomegalii po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancyklowiru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej; zakażenia wirusem Ebsteina-Barr po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancyklowiru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
4019	Valganciclovirum	Valhit, tabl. powl., 450 mg	60 szt.	05909991284381	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	116.0, Leki przeciwwirusowe - walgancyklowir - postacie do stosowania doustnego	400,00	432,00	483,46	483,46	Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom narządów miąższowych - 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
4020	Valsartanum	AuroValsart, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909991345815	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,94	11,82	17,89	17,89	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%	5,37
4021	Valsartanum	AuroValsart, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991345785	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,47	5,91	9,61	9,61	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%	2,88
4022	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990773763	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,70	20,20	26,77	21,40	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%	11,79
4023	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990773695	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,60	10,37	14,15	10,70	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%	6,66
4024	Valsartanum	Bespres, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990751877	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,20	19,66	26,19	21,40	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%	11,21
4025	Valsartanum	Bespres, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990751594	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,10	9,83	13,58	10,70	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%	6,09

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
4026	Valsartanum	Diovan, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990929214	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,61	26,58	33,54	21,40	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%	18,56
4027	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990831067	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,20	20,74	27,34	21,40	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%	12,36
4028	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 160 mg	56 szt.	05909990831081	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,90	32,29	42,39	42,39	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%	12,72
4029	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909990831159	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	48,23	42,80	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%	18,27
4030	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990830961	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,60	10,37	14,15	10,70	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%	6,66
4031	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 80 mg	56 szt.	05909990830985	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,55	15,71	22,01	21,40	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%	7,03
4032	Valsartanum	Tensart, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990682065	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,35	18,74	25,22	21,40	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%	10,24
4033	Valsartanum	Tensart, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990681877	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	13,46	10,70	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%	5,97

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
4034	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074969	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,98	20,50	27,09	21,40	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%	12,11
4035	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	60 szt.	05909990818983	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	40,67	43,92	55,07	45,86	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%	22,97
4036	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	90 szt.	05909990818990	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	59,28	64,02	78,38	68,79	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%	30,23
4037	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909991460914	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,90	23,65	33,23	33,23	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%	9,97
4038	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909991455798	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,97	23,73	33,31	33,31	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%	9,99
4039	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909990779147	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,96	41,00	51,62	42,80	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%	21,66
4040	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	30 szt.	05909991483036	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,44	25,32	35,35	35,35	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%	10,61
4041	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074945	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,49	10,25	14,02	10,70	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%	6,53

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
4042	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	60 szt.	05909990818853	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,34	21,97	28,93	22,93	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%	12,88
4043	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	90 szt.	05909990818860	2022-11-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,64	32,01	41,15	34,39	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%	17,08
4044	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909991282608	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,94	11,82	17,89	17,89	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%	5,37
4045	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991282455	2023-11-01 - dla kolumny 13, 2023-11-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,47	5,91	9,61	9,61	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%	2,88
4046	Valsartanum	Valtap, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990804580	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,20	12,10	18,18	18,18	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%	5,45
4047	Valsartanum	Valtap, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990804542	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,60	6,05	9,75	9,75	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%	2,93
4048	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330	2021-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,00	18,36	24,82	21,40	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%	9,84
4049	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286	2021-03-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,50	9,18	12,89	10,70	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
4050	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990827480	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,20	20,74	27,34	21,40	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%	12,36
4051	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990827459	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2022-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,60	10,37	14,15	10,70	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%	6,66
4052	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	AuroValsart HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909991323837	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,20	12,10	18,18	18,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,45
4053	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	AuroValsart HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909991323875	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,20	12,10	18,18	18,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,45
4054	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	AuroValsart HCT, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991323783	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,60	6,05	9,75	9,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,93
4055	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990874255	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,20	20,74	27,34	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,36
4056	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909991305949	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,70	15,88	22,19	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,21
4057	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990740864	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,30	20,84	27,46	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,48

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
4058	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740833	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,03	9,75	13,50	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,01
4059	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990829989	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,25	20,79	27,40	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,42
4060	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990830008	2021-11-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,71	31,01	41,02	41,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,31
4061	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990830107	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,25	20,79	27,40	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,42
4062	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+25 mg	56 szt.	05909990830138	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,00	34,56	44,79	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,83
4063	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990830176	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	48,23	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,27
4064	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 320+25 mg	28 szt.	05909990830244	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	48,23	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,27
4065	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990829927	2022-03-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,63	10,40	14,19	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
4066	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990829941	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,00	17,28	23,68	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,70
4067	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990740246	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,98	20,50	27,09	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,11
4068	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990740253	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,43	38,26	48,72	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,76
4069	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	98 szt.	05909990740260	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	62,00	66,96	81,94	74,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	29,51
4070	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990740277	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,98	20,50	27,09	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,11
4071	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	56 szt.	05909990740284	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,43	38,26	48,72	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,76
4072	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	98 szt.	05909990740291	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	62,00	66,96	81,94	74,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	29,51
4073	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990847464	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,96	41,00	51,62	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	21,66

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
4074	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 320+25 mg	28 szt.	05909990847501	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,96	41,00	51,62	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	21,66
4075	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740192	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,86	9,57	13,30	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,81
4076	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990740208	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,71	19,13	25,63	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,65
4077	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	98 szt.	05909990740239	2022-07-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,00	33,48	43,05	37,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,84
4078	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990704132	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,35	18,74	25,22	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,24
4079	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990704262	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,35	18,74	25,22	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,24
4080	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990801961	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,20	12,10	18,18	18,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,45
4081	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990802005	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,30	12,20	18,30	18,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,49

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
4082	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990862375	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,95	21,55	28,20	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,22
4083	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990862399	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,95	21,55	28,20	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,22
4084	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990862351	2022-05-01 - dla kolumny 13, 2023-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 2 lata - dla kolumny 14	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,50	10,26	14,04	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,55
4085	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990047956	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	30,00	32,40	43,10	43,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	12,93
4086	Venlafaxinum	Alventa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991453879	2023-09-01 - dla kolumny 13, 2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,27	17,57	27,78	27,78	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,33
4087	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991383886	2022-09-01 - dla kolumny 13, <1>2022-09-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,18	21,79	32,25	32,25	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,68
4088	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991394400	2022-09-01 - dla kolumny 13, <1>2022-09-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,20	21,82	32,27	32,27	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,68
4089	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991197735	2021-03-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	63,41	68,48	85,67	85,67	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	25,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
4090	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990047901	2022-03-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,07	8,72	12,77	11,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,92
4091	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990047895	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,00	16,20	23,03	22,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,34
4092	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991383978	2022-03-01 - dla kolumny 13, <1>2022-03-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,06	10,86	17,69	17,69	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,31
4093	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991394318	2022-09-01 - dla kolumny 13, <1>2022-09-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,10	10,91	17,75	17,75	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,33
4094	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	60 szt.	05909991197728	2021-03-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,71	34,25	45,45	45,45	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,64
4095	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660650	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	30,80	33,26	44,02	44,02	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,21
4096	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660636	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,61	9,30	13,37	11,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,52
4097	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660643	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,40	16,63	23,49	22,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,80

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
4098	Venlafaxinum	Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990494019	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,50	34,02	44,82	44,82	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,45
4099	Venlafaxinum	Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990493913	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,20	18,58	25,55	22,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,86
4100	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990715374	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,00	33,48	44,25	44,25	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,28
4101	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990715299	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	6,80	7,34	11,39	11,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,54
4102	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990715350	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,50	16,74	23,60	22,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,91
4103	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990721528	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	25,80	27,86	38,30	38,30	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	11,49
4104	Venlafaxinum	Faxigen XL 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990721498	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	6,45	6,97	11,02	11,02	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,31
4105	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990721504	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	12,90	13,93	20,62	20,62	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	6,19

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
4106	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990691883	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	33,50	36,18	47,11	44,82	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	15,74
4107	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990691760	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,38	9,05	13,10	11,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,25
4108	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990691906	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,39	17,70	24,62	22,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,93
4109	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991377168	2023-09-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	29,56	31,92	42,60	42,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	12,78
4110	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909991377502	2023-09-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,39	7,98	12,03	11,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,18
4111	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991377359	2023-09-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,78	15,96	22,78	22,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,09
4112	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990795826	2022-05-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,00	22,68	32,80	32,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,84
4113	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	98 szt.	05909990795833	2022-05-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	72,00	77,76	98,09	98,09	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	29,43

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
4114	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 225 mg	28 szt.	05909991481711	2023-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,78	24,60	36,84	36,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	11,05
4115	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990795802	2022-05-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	6,00	6,48	10,53	10,53	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,16
4116	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	98 szt.	05909990795819	2022-07-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,50	22,14	31,55	31,55	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,47
4117	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990795789	2022-05-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	12,00	12,96	19,60	19,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,88
4118	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	98 szt.	05909990795796	2022-05-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	39,50	42,66	56,88	56,88	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	17,06
4119	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990727520	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	36,08	38,97	50,06	44,82	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	18,69
4120	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990727490	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,99	9,71	13,80	11,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,95
4121	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990727506	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,03	19,47	26,50	22,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	10,81

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
4122	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991092030	2022-05-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,48	22,12	32,21	32,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,66
4123	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909991135096	2023-01-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	5,85	6,32	10,37	10,37	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,11
4124	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991091996	2022-05-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	11,88	12,83	19,46	19,46	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,84
4125	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990056293	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,52	34,04	44,84	44,82	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,47
4126	Venlafaxinum	Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990055982	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,88	8,51	12,56	11,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,71
4127	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990056279	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,76	17,02	23,91	22,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,22
4128	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990767625	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,18	21,79	31,86	31,86	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,56
4129	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990767601	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,06	10,86	17,37	17,37	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,21

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
4130	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990424672	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	32,20	34,78	45,62	44,82	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	14,25
4131	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg	28 szt.	05909990040971	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,00	8,64	12,69	11,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,84
4132	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990040995	2022-01-01 - dla kolumny 13, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,00	17,28	24,18	22,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,49
4133	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powl., 120 mg	20 szt.	05909990045419	2023-01-01	3 lata	42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil	5,20	5,62	8,66	8,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
4134	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powl., 40 mg	20 szt.	05909990045211	2023-01-01	3 lata	42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil	2,13	2,30	3,91	2,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,91
4135	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powl., 80 mg	20 szt.	05909990045310	2023-01-01	3 lata	42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil	3,80	4,10	6,43	5,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,86
4136	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990312818	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01 - dla kolumny 13, 2021-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	162.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - stałe postacie farmaceutyczne	189,57	204,74	235,94	235,94	<1>Padaczka oporna na leczenie	stany napadowe w przebiegu stwardnienia guzowatego - monoterapia	ryczałt	3,20
4137	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990312818	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01	3 lata	162.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - stałe postacie farmaceutyczne	189,57	204,74	235,94	235,94	<2>Zespół Westa		ryczałt	3,20
4138	Vigabatrinum	Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01 - dla kolumny 13, 2021-07-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	162.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - płynne postacie farmaceutyczne	110,88	119,75	142,63	142,63	<1>Padaczka oporna na leczenie	stany napadowe w przebiegu stwardnienia guzowatego - monoterapia	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
4139	Vigabatrinum	Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01	3 lata	162.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - płynne postacie farmaceutyczne	110,88	119,75	142,63	142,63	<2>Zespół Westa		ryczałt	3,20
4140	Vildagliptinum	Anvildis, tabl., 50 mg	56 szt.	05901812162076	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,00	32,40	42,84	42,80	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%	12,88
4141	Vildagliptinum	Galvus, tabl., 50 mg	28 szt.	07613421058876	2022-09-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	55,53	59,97	69,21	21,40	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%	54,23
4142	Vildagliptinum	Galvus, tabl., 50 mg	56 szt.	07613421058883	2022-09-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	111,10	119,99	135,69	42,80	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%	105,73
4143	Vildagliptinum	Gliptivil, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991492724	2023-03-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	15,00	16,20	22,81	21,40	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%	7,83
4144	Vildagliptinum	Gliptivil, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991492731	2023-03-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,00	32,40	42,84	42,80	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%	12,88
4145	Vildagliptinum	Glypvilo, tabl., 50 mg	60 szt.	05909991372385	2023-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	29,98	32,38	43,18	43,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,95
4146	Vildagliptinum	Kwikaton, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991457556	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	15,75	17,01	23,68	21,40	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%	8,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
4147	Vildagliptinum	Kwikaton, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991457570	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	31,50	34,02	44,56	42,80	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%	14,60
4148	Vildagliptinum	Viglita, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991401863	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	15,10	16,31	22,93	21,40	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%	7,95
4149	Vildagliptinum	Viglita, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991401887	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,20	32,62	43,07	42,80	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%	13,11
4150	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Anvildis Duo, tabl. powl., 50+1000 mg	60 szt.	05901812162434	2023-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	22,48	24,28	34,60	34,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,38
4151	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Anvildis Duo, tabl. powl., 50+850 mg	60 szt.	05901812162403	2023-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	22,48	24,28	34,60	34,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,38
4152	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Vimetso, tabl. powl., 50+1000 mg	60 szt.	03838989736248	2023-07-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	29,98	32,38	43,18	43,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,95
4153	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Vimetso, tabl. powl., 50+850 mg	60 szt.	03838989736255	2023-07-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	29,98	32,38	43,18	43,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,95
4154	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	05909991063177	2022-09-01 - dla kolumny 13, 2023-03-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	125,73	135,79	159,58	138,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności	ryczałt	24,76
4155	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05055565731536	2021-01-01 - dla kolumny 13, 2021-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	165,00	178,20	207,03	207,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
4156	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05702150155153	2023-11-01	3 lata	225.2, Leki przeciwdepresyjne - wortioksetyna	139,50	150,66	177,03	177,03	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%	53,11
4157	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05702150155146	2023-11-01	3 lata	225.2, Leki przeciwdepresyjne - wortioksetyna	69,75	75,33	93,19	88,52	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%	31,23
4158	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 3 mg	100 szt.	05909990622368	2022-01-01	3 lata	21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K	13,40	14,47	18,77	12,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,91
4159	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990622382	2022-01-01	3 lata	21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K	21,60	23,33	29,75	20,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	16,64
4160	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	2023-09-01	3 lata	214.1, Alergeny kurzu domowego	490,00	529,20	589,33	581,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	25,08
4161	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	2 fiol.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909990766871	2022-11-01	3 lata	214.1, Alergeny kurzu domowego	980,00	1058,40	1162,09	1162,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	33,60
4162	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 80 mg	56 szt.	05909990681228	2022-01-01 - dla kolumny 13, 2023-01-01 - dla kolumny 14	3 lata - dla kolumny 13, 3 lata - dla kolumny 14	178.9, Leki przeciwpsychotyczne - zyprasydon	171,00	184,68	214,09	214,09	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97
4163	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990189212	2022-01-01	3 lata	179.5, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania pozajelitowego	13,50	14,58	20,23	15,36	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,87
4164	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990189229	2022-01-01	3 lata	179.5, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania pozajelitowego	120,00	129,60	153,60	153,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
4165	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909990126729	2022-01-01	3 lata	179.4, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,00	27,00	34,55	22,29	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	12,26

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso-wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio-biorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
4166	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powl., 25 mg	100 szt.	05909990126828	2022-01-01	3 lata	179.4, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,00	43,20	55,72	55,72	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
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	135,00	156,57	98,63	Postępowanie dietetyczne w niedożywieniu związanym z chorobą podstawową u niemowląt i dzieci do 6 r.ż. – mukowiscydoza, choroby nowotworowe, wrodzone wady serca		ryczałt	61,14
2	Dieta	Infatrini Peptisorb, płyn doustny	800 ml (4 x 200 ml)	8716900562433	2022-09-01	3 lata	217.3, Dieta peptydowa kompletna	30,90	30,90	41,01	41,01	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	12,30
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	51,80	65,75	65,75	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	2022-01-01	2 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	36,24	36,24	44,78	24,78	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	27,43
5	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Bebilon Pepti 2 Syneo, proszek	400 g	5900852033971	2022-01-01	2 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	39,02	39,02	50,85	50,85	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	15,26
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	84,95	103,85	102,60	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	4,45
7	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Humana SL, proszek	650 g	4031244002327	2021-11-01	3 lata	217.1, Diety eliminacyjne mlekozastępcze początkowe przeznaczone dla niemowląt od urodzenia	20,89	20,89	28,81	28,81	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	8,64
8	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Junior (o smaku neutralnym), proszek	400 g	5016533616170	2022-11-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	103,00	103,00	123,99	123,99	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	3,20
9	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Junior (o smaku truskawkowym), proszek	400 g	5016533649970	2021-07-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	103,80	103,80	124,84	123,99	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	4,05
10	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Junior (o smaku waniliowym), proszek	400 g	5016533649956	2021-07-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	103,80	103,80	124,84	123,99	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	4,05
11	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate LCP, proszek	400 g	5016533646740	2022-01-01	3 lata	217.7, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt	125,50	125,50	149,03	149,03	Postępowanie dietetyczne u niemowląt w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
12	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Syneo, proszek	400 g	5016533654677	2023-05-01	2 lata	217.7, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt	128,00	128,00	151,43	143,29	Postępowanie dietetyczne w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych u pacjentów do ukończenia 18 roku życia		ryczałt	11,34
13	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 1 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045038819	2022-11-01	2 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	44,50	44,50	53,83	27,09	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 sacharozy, a także nadwrażliwość na inne białka (np. białka sojowe)		30%	34,87
14	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 2 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045038826	2022-11-01	2 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	47,00	47,00	59,58	54,27	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 sacharozy, a także nadwrażliwość na inne białka (np. białka sojowe)		30%	21,59
15	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 3 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045038833	2022-11-01	2 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	36,80	36,80	48,77	48,77	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 sacharozy, a także nadwrażliwość na inne białka (np. białka sojowe)		30%	14,63
16	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen PURAMINO, proszek do przygotowania roztworu doustnego	400 g	8712045027554	2022-07-01	3 lata	217.6, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt i dzieci	86,00	86,00	105,07	105,07	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	100,92	121,97	121,97	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	3,20
18	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Easiphen o smaku owoców leśnych, płyn doustny	18 x 250 ml (4500 ml)	5016533625929	2022-01-01	3 lata	216.15, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowana, w płynie - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	464,60	464,60	518,97	518,97	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
19	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Lophlex o smaku neutralnym, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	840 g (30 x 28 g)	5016533656763	2022-03-01	3 lata	216.14, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii skondensowane, porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	925,00	925,00	1017,86	1017,86	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 8 roku życia		ryczałt	3,20
20	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Lophlex o smaku owoców leśnych, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	840 g (30 x 28 g)	5016533656725	2022-03-01	3 lata	216.14, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii skondensowane, porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	925,00	925,00	1017,86	1017,86	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 8 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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
21	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Lophlex o smaku pomarańczowym, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	840 g (30 x 28 g)	5016533656749	2022-03-01	3 lata	216.14, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii skondensowane, porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	925,00	925,00	1017,86	1017,86	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 8 roku życia		ryczałt	3,20
22	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Mevalia PKU Motion Red Fruits 10, płyn, 10 g białka	30 saszetek po 70 ml	8008698021323	2022-01-01	2 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	461,43	461,43	515,52	507,77	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	10,95
23	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Mevalia PKU Motion Red Fruits 20, płyn, 20 g białka	30 saszetek po 140 ml	8008698021309	2022-01-01	2 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	922,86	922,86	1015,54	1015,54	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	3,20
24	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Mevalia PKU Motion Tropical 10, płyn, 10 g białka	30 saszetek po 70 ml	8008698021286	2022-01-01	2 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	461,43	461,43	515,52	507,77	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	10,95
25	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Mevalia PKU Motion Tropical 20, płyn, 20 g białka	30 saszetek po 140 ml	8008698015476	2022-01-01	2 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	922,86	922,86	1015,54	1015,54	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	3,20
26	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Mevalia PKU Motion Yellow Fruits 20, płyn, 20 g białka	30 saszetek po 140 ml	8008698024331	2022-01-01	2 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	922,86	922,86	1015,54	1015,54	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	3,20
27	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 1, proszek	500 g	5016533644418	2022-01-01	3 lata	216.1, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii skondensowana - przeznaczona dla niemowląt	278,83	278,83	316,64	316,64	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
28	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 1 mix, proszek	400 g	4008976595304	2021-05-01	3 lata	216.3, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii nieskondensowana, z długołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi - przeznaczona dla niemowląt	112,00	112,00	134,01	134,01	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
29	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 2 mix, proszek	400 g	4008976340287	2022-01-01	3 lata	216.10, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii zawierająca wszystkie składniki odżywcze, z długołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi - przeznaczona dla dzieci po ukończeniu 1 r.ż.	312,40	312,40	353,20	353,20	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
30	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 2 prima, proszek	500 g	5016533644425	2022-01-01	3 lata	216.8, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii skondensowana - przeznaczona dla dzieci po ukończeniu 1 r.ż.	334,60	334,60	377,38	377,38	Fenyloketonuria		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
31	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 2 secunda, proszek	500 g	5016533644432	2022-01-01	3 lata	216.11, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii, skondensowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	390,36	390,36	438,11	438,11	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
32	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 2 shake choco, proszek	500 g (10 sasz. x 50 g)	4008976599234	2023-01-01	3 lata	216.12, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż	249,85	249,85	285,07	285,07	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
33	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 2 shake truskawkowy, proszek	500 g (10 sasz. x 50 g)	4008976599227	2023-01-01	3 lata	216.12, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż	249,85	249,85	285,07	285,07	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
34	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 3, tabl. powl.	600 szt. (60 x 10 szt.)	4008976340331	2022-01-01	3 lata	216.6, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii porcjowane, w postaci tabletek powlekanych – przeznaczone dla pacjentów powyżej 15 r.ż.	455,00	455,00	508,51	508,51	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
35	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 3 advanta, proszek	500 g	5016533644449	2022-01-01	3 lata	216.5, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii, skondensowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 15 r.ż.	396,90	396,90	445,23	445,23	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
36	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Milupa PKU 3 tempora, proszek do sporządzania roztworu doustnego	450 g (10 x 45g)	4008976340294	2022-07-01	3 lata	216.18, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii przeznaczone do stosowania u kobiet w okresie prekoncepcji, podczas ciąży oraz w okresie laktacji	362,00	362,00	407,22	407,22	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
37	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Phenyl-Free 1, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875102138	2022-01-01	3 lata	216.2, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - przeznaczona dla niemowląt i małych dzieci	124,21	124,21	147,59	147,59	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
38	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Phenyl-Free 2, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875100066	2022-01-01	3 lata	216.13, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - przeznaczona dla dzieci i dorosłych	117,57	117,57	140,20	140,20	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
39	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	Phenyl-Free 2HP, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875100127	2022-01-01	3 lata	216.16, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - przeznaczona dla dzieci i dorosłych, w tym dla kobiet w ciąży	173,11	173,11	201,50	201,50	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
40	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Anamix junior (o smaku czekoladowym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648225	2021-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	559,66	559,66	622,50	622,50	Fenyloketonuria		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
41	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Anamix junior (o smaku neutralnym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648263	2021-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	559,66	559,66	622,50	622,50	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
42	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Anamix junior (o smaku owoców leśnych), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648201	2021-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	559,66	559,66	622,50	622,50	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
43	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Anamix junior (o smaku pomarańczowym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648249	2021-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	559,66	559,66	622,50	622,50	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
44	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Anamix junior (o smaku waniliowym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648287	2021-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	559,66	559,66	622,50	622,50	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
45	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 10 Orange, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060014059994	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	540,00	601,09	595,68	Fenyloketonuria		ryczałt	8,61
46	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 10 Purple, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060014059987	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	540,00	601,09	595,68	Fenyloketonuria		ryczałt	8,61
47	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 10 Red, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060014059970	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	540,00	601,09	595,68	Fenyloketonuria		ryczałt	8,61
48	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 10 White, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060014059963	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	540,00	601,09	595,68	Fenyloketonuria		ryczałt	8,61

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
49	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 10 Yellow, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060014059895	2022-07-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	540,00	601,09	595,68	Fenyloketonuria		ryczałt	8,61
50	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 15 Orange, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385940037	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	810,00	893,52	893,52	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
51	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 15 Purple, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385940020	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	810,00	893,52	893,52	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
52	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 15 Red, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385940013	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	810,00	893,52	893,52	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
53	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 15 White, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385940006	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	810,00	893,52	893,52	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
54	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 15 Yellow, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060014059901	2022-07-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	810,00	893,52	893,52	Fenyloketonuria		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
55	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 20 Orange, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060385940075	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1080,00	1185,45	1185,45	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
56	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 20 Purple, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060385940068	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1080,00	1185,45	1185,45	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
57	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 20 Red, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060385940051	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1080,00	1185,45	1185,45	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
58	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 20 White, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060385940044	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1080,00	1185,45	1185,45	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
59	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Cooler 20 Yellow, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060014059918	2022-07-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1080,00	1185,45	1185,45	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
60	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 15 o smaku cytrynowym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 25 g	5060385942369	2023-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	810,00	810,00	893,52	889,09	Fenyloketonuria		ryczałt	7,63
61	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 15 o smaku neutralnym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 25 g	5060385942345	2023-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	810,00	810,00	893,52	889,09	Fenyloketonuria		ryczałt	7,63

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
62	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 15 o smaku owoców tropikalnych, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 25 g	5060385942383	2023-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	810,00	810,00	893,52	889,09	Fenyloketonuria		ryczałt	7,63
63	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 15 o smaku pomarańczowym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 25 g	5060385942406	2023-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	810,00	810,00	893,52	889,09	Fenyloketonuria		ryczałt	7,63
64	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 20 o smaku cytrynowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 34 g	5060385942376	2023-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1080,00	1185,45	1185,45	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
65	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 20 o smaku neutralnym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 34 g	5060385942352	2023-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1080,00	1185,45	1185,45	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
66	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 20 o smaku owoców tropikalnych, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 34 g	5060385942390	2023-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1080,00	1185,45	1185,45	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
67	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Express 20 o smaku pomarańczowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 34 g	5060385942413	2023-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1080,00	1185,45	1185,45	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
68	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Gel o smaku malinowym, proszek, 10/24 g białka/g	30 saszetek po 24 g	5060014051455	2021-07-01	3 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	500,00	500,00	557,53	557,53	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
69	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Gel o smaku neutralnym, proszek, 10/24 g białka/g	30 saszetek po 24 g	5060014051448	2021-07-01	3 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	500,00	500,00	557,53	557,53	Fenyloketonuria		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
70	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Gel o smaku pomarańczowym, proszek, 10/24 g białka/g	30 saszetek po 24 g	5060014051462	2021-07-01	3 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	500,00	500,00	557,53	557,53	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
71	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Berries), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647686	2022-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	926,00	1018,94	1018,94	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
72	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Berries), płyn doustny, 62.5 ml	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647693	2022-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	926,00	1018,94	1018,94	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
73	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Citrus), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647747	2022-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	926,00	1018,94	1018,94	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
74	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Citrus), płyn doustny, 62.5 ml	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647754	2022-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	926,00	1018,94	1018,94	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
75	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Orange), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647716	2022-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	926,00	1018,94	1018,94	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
76	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Orange), płyn doustny, 62.5 ml	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647723	2022-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	926,00	1018,94	1018,94	Fenyloketonuria		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
77	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Tropical), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647778	2022-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	926,00	1018,94	1018,94	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
78	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex LQ (Tropical), płyn doustny, 62.5 ml	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647785	2022-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	926,00	1018,94	1018,94	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
79	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Lophlex Select (herbata brzoskwiniowa), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	8716900591631	2023-03-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	926,00	1018,94	1018,94	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
80	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	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 fenyloketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	926,00	1018,94	1018,94	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
81	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Sphere 15 o smaku czerwonych owoców, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 27 g	5060385940105	2022-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1410,00	1410,00	1542,24	1537,81	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobowa tolerancja fenyloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	7,63
82	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Sphere 15 o smaku waniliowym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 27 g	5060385940112	2022-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1410,00	1410,00	1542,24	1537,81	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobowa tolerancja fenyloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	7,63
83	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Sphere 20 o smaku czerwonych owoców, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 35 g	5060014059840	2022-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1880,00	1880,00	2050,41	2050,41	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobowa tolerancja fenyloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20
84	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	PKU Sphere 20 o smaku waniliowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 35 g	5060014059857	2022-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenyloketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1880,00	1880,00	2050,41	2050,41	Fenyloketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobowa tolerancja fenyloalaniny 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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
85	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	XP Analog LCP, proszek do sporządzania roztworu doustnego	400 g	5016533644456	2022-01-01	3 lata	216.4, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii nieskondensowana, z długołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi i prebiotykami - przeznaczona dla niemowląt i jako uzupełnienie diety u dzieci do 3 r.ż.	124,15	124,15	147,53	147,53	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
86	Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii	XP Maxamum o smaku pomarańczowym, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	1500 g (30 x 50 g)	5016533620368	2022-01-01	3 lata	216.17, Dieta eliminacyjna w fenyloketonurii, porcjowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż., w tym dla kobiet w ciąży	836,55	836,55	922,22	922,22	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
87	Dieta eliminacyjna z MCT	Bebilon pepti MCT, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 2155 kJ/100 g	450 g	8718117600625	2022-01-01	3 lata	217.4, Diety eliminacyjne z MCT	32,50	32,50	42,97	42,97	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	12,89
88	Dieta kompletna zawierająca TGF-beta 2	Modulen IBD, proszek	400 g	7613035091399	2021-07-01	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	49,30	62,84	62,84	Indukcja remisji u dzieci i młodzieży powyżej 5 roku życia z czynną postacią choroby Leśniowskiego-Crohna		ryczałt	3,20
89	Dieta wysokoenergetyczna	Fortimel Max o smaku truskawkowym, płyn	4 but.po 300 ml	8716900553578	2021-09-01	3 lata	217.5, Dieta stosowana w mukowiscydozie	41,50	41,50	53,74	53,74	Mukowiscydoza		ryczałt	3,20
90	Dieta wysokoenergetyczna	Fortimel Max o smaku waniliowym, płyn	4 but.po 300 ml	8716900553486	2021-09-01	3 lata	217.5, Dieta stosowana w mukowiscydozie	41,50	41,50	53,74	53,74	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
1	Dibutyrylochityna	Dibucell Active 10x10 cm, jałowy opatrunek biopolimerowy, 100 cm²	1 szt.	5905669556088	2023-01-01	2 lata	267.3, Opatrunki biowchłanialne do ran bez cech infekcji	17,50	18,90	26,39	26,39	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,92
2	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Medisorb A 10x10 cm, opatrunek algilanowy, 100 cm²	1 szt.	5900516844714	2022-03-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	5,97	6,45	10,08	10,08	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,02
3	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Medisorb A 10x10 cm, opatrunek algilanowy, 100 cm²	1 szt.	5900516844714	2022-03-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	5,97	6,45	10,08	10,08	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
4	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon 10x10 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 100 cm²	1 szt.	4049500217958	2022-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	6,90	7,45	11,08	10,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,75
5	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon 10x10 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 100 cm²	1 szt.	4049500217958	2022-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	6,90	7,45	11,08	10,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,61
6	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon 10x20 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 200 cm²	1 szt.	4049500217927	2022-07-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	13,68	14,77	20,93	20,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,28
7	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon 10x20 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 200 cm²	1 szt.	4049500217927	2022-07-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	13,68	14,77	20,93	20,93	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
8	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon 5x5 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 25 cm²	1 szt.	4049500217965	2022-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	2,78	3,00	4,58	2,62	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,75
9	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon 5x5 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 25 cm²	1 szt.	4049500217965	2022-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	2,78	3,00	4,58	2,62	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,96
10	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	4021447013466	2022-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	5,95	6,43	10,06	10,06	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,02
11	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	4021447013480	2022-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	12,50	13,50	19,58	19,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,87
12	Emplastri alginatosa et hydrofibrica	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	4021447013442	2022-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	2,10	2,27	3,85	2,62	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,02

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
13	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10x10 cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 100 cm²	1 szt.	0040565124810	2023-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	13,27	14,33	19,23	12,44	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,52
14	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10x10 cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 100 cm²	1 szt.	0040565124810	2023-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	13,27	14,33	19,23	12,44	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,79
15	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10x20 cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 20cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 200 cm²	1 szt.	0040565124858	2023-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	22,50	24,30	32,33	24,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,91
16	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10x20 cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 20cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 200 cm²	1 szt.	0040565124858	2023-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	22,50	24,30	32,33	24,88	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,45
17	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 20x40 cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 40cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 800 cm²	1 szt.	0040565124872	2023-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	75,00	81,00	99,50	99,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	29,85
18	Emplastri antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 20x40 cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 40cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 800 cm²	1 szt.	0040565124872	2023-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	75,00	81,00	99,50	99,50	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
19	Emplastri antimicrobiotica	Actisorb Plus 25 10,5x10,5 cm, opatrunek, 110.25 cm²	1 szt.	15051978002970	2022-01-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	12,13	13,10	18,70	17,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,73
20	Emplastri antimicrobiotica	Actisorb Plus 25 10,5x19 cm, opatrunek, 199.5 cm²	1 szt.	15051978002994	2022-01-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	21,95	23,71	32,23	30,95	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,57
21	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10cm x 10cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 100 cm²	1 szt.	5000223461652	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	10,55	11,39	16,20	13,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,87

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
22	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10cm x 10cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 100 cm²	1 szt.	5000223461652	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	10,55	11,39	16,20	13,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,87
23	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 12,5x12,5 cm, pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 156.25 cm²	1 szt.	5000223462222	2021-11-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	15,02	16,22	22,88	20,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,29
24	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 12,5x12,5 cm, pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 156.25 cm²	1 szt.	5000223462222	2021-11-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	15,02	16,22	22,88	20,84	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,04
25	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 7,5x7,5 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 7,5cm x 7,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 56.25 cm²	1 szt.	5000223461621	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	6,90	7,45	10,53	7,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,28
26	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 7,5x7,5 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 7,5cm x 7,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 56.25 cm²	1 szt.	5000223461621	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	6,90	7,45	10,53	7,50	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,03
27	Emplastri 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 cm²	1 szt.	5000223461928	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	19,97	21,57	28,15	18,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,92
28	Emplastri 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 cm²	1 szt.	5000223461928	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	19,97	21,57	28,15	18,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	9,25

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
29	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm zawierający sulfadiazynę srebra, nie posiadający warstwy adhezyjnej, 100 cm²	1 szt.	5000223462314	2021-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	10,45	11,29	16,10	13,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,77
30	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm zawierający sulfadiazynę srebra, nie posiadający warstwy adhezyjnej, 100 cm²	1 szt.	5000223462314	2021-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	10,45	11,29	16,10	13,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,77
31	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek o rozmiarach 15cm x 15cm zawierający sulfadiazynę srebra, 225 cm²	1 szt.	5000223461805	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	27,00	29,16	38,01	30,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,01
32	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek o rozmiarach 15cm x 15cm zawierający sulfadiazynę srebra, 225 cm²	1 szt.	5000223461805	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	27,00	29,16	38,01	30,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,01
33	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 20cm zawierający sulfadiazynę srebra, 400 cm²	1 szt.	5000223461836	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	41,44	44,76	57,24	53,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,90
34	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 20cm zawierający sulfadiazynę srebra, 400 cm²	1 szt.	5000223461836	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	41,44	44,76	57,24	53,34	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,90
35	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum 17x17 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 17cm x 17cm zawierająca sulfadiazynę, 289 cm²	1 szt.	5000223461867	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	30,00	32,40	42,51	38,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,53
36	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum 17x17 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 17cm x 17cm zawierająca sulfadiazynę, 289 cm²	1 szt.	5000223461867	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	30,00	32,40	42,51	38,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,97

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
37	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum 22x22 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm zawierająca sulfadiazynę, 484 cm²	1 szt.	5000223461898	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	47,00	50,76	64,54	64,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,36
38	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum 22x22 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm zawierająca sulfadiazynę, 484 cm²	1 szt.	5000223461898	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	47,00	50,76	64,54	64,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
39	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455123889	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,50	18,90	26,00	22,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,10
40	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455123889	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,50	18,90	26,00	22,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,28
41	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455123896	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	38,80	41,90	53,93	51,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,14
42	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455123896	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	38,80	41,90	53,93	51,13	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,80
43	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 15x20 cm, opatrunek, 300 cm²	1 szt.	0768455129164	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	51,90	56,05	70,31	68,17	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,59
44	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 15x20 cm, opatrunek, 300 cm²	1 szt.	0768455129164	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	51,90	56,05	70,31	68,17	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,14

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
45	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	0768455123902	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	68,90	74,41	91,62	90,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,99
46	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	0768455123902	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	68,90	74,41	91,62	90,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,72
47	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455127153	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,50	18,90	26,00	22,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,10
48	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455127153	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,50	18,90	26,00	22,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,28
49	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	0768455123773	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	26,90	29,05	38,48	35,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,62
50	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	0768455123773	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	26,90	29,05	38,48	35,51	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,97
51	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	0768455123780	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	52,50	56,70	71,12	69,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,41
52	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	0768455123780	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	52,50	56,70	71,12	69,59	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,53
53	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 19,8x14 cm, opatrunek, 277.2 cm²	1 szt.	0768455123803	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	47,60	51,41	64,98	62,99	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,89

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
54	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 19,8x14 cm, opatrunek, 277.2 cm²	1 szt.	0768455123803	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	47,60	51,41	64,98	62,99	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,99
55	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 20x16,9 cm, opatrunek, 338 cm²	1 szt.	0768455123810	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	58,50	63,18	78,57	76,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,80
56	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 20x16,9 cm, opatrunek, 338 cm²	1 szt.	0768455123810	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	58,50	63,18	78,57	76,81	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,76
57	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 21x21 cm, opatrunek, 441 cm²	1 szt.	0768455123797	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	76,00	82,08	100,43	100,21	Przewlekłe owrzodzenia		30%	30,28
58	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 21x21 cm, opatrunek, 441 cm²	1 szt.	0768455123797	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	76,00	82,08	100,43	100,21	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,22
59	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 25x30 cm, opatrunek, 750 cm²	1 szt.	0768455129201	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	131,00	141,48	166,26	166,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	49,88
60	Emplastri antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 25x30 cm, opatrunek, 750 cm²	1 szt.	0768455129201	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	131,00	141,48	166,26	166,26	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
61	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x10 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 100 cm²	1 szt.	4049500586429	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	10,00	10,80	15,66	14,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,27
62	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x10 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 100 cm²	1 szt.	4049500586429	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	10,00	10,80	15,66	14,84	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,82

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
63	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x20 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 200 cm²	1 szt.	4049500586436	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	20,00	21,60	29,68	29,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,90
64	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x20 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 200 cm²	1 szt.	4049500586436	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	20,00	21,60	29,68	29,68	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
65	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag 5x5 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 25 cm²	1 szt.	4049500586412	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	3,60	3,89	5,78	3,71	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,18
66	Emplastri antimicrobiotica	Atrauman Ag 5x5 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 25 cm²	1 szt.	4049500586412	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	3,60	3,89	5,78	3,71	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,07
67	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive 15x15 cm, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 225 cm²	1 szt.	5708932551601	2022-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	23,36	25,23	33,84	30,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,84
68	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive 18x18 cm, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 324 cm²	1 szt.	5708932861496	2021-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	38,23	41,29	52,51	43,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,27
69	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive Heel 19x20 cm, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, na piętę, 380 cm²	1 szt.	5708932551632	2022-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	39,45	42,61	54,74	50,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,27
70	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive Sacral 23x23 cm, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, na okolicę krzyżową, 529 cm²	1 szt.	5708932861489	2021-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	63,05	68,09	83,41	70,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,03
71	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 10x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 200 cm²	1 szt.	5708932861519	2021-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	23,05	24,89	33,07	26,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,40
72	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 10x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 200 cm²	1 szt.	5708932861519	2021-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	23,05	24,89	33,07	26,67	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,40
73	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek piankowy ze srebrem, nieprzylepny, 225 cm²	1 szt.	5708932481922	2022-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	27,00	29,16	38,01	30,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,01
74	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek piankowy ze srebrem, nieprzylepny, 225 cm²	1 szt.	5708932481922	2022-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	27,00	29,16	38,01	30,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,01

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
75	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 400 cm²	1 szt.	5708932861502	2021-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	46,23	49,93	62,72	53,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	25,38
76	Emplastri antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 400 cm²	1 szt.	5708932861502	2021-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	46,23	49,93	62,72	53,34	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	9,38
77	Emplastri antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm²	1 szt.	7323190151172	2022-11-01	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	23,14	22,72	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	7,24
78	Emplastri antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 15x15 cm, opatrunek specjalistyczny, 225 cm²	1 szt.	7323190151189	2022-11-01	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	48,15	48,15	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	14,45
79	Emplastri antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 20x30 cm, opatrunek specjalistyczny, 600 cm²	1 szt.	7323190151226	2022-11-01	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	117,93	117,93	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	35,38
80	Emplastri antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 20x4,5 cm, opatrunek specjalistyczny, 90 cm²	1 szt.	7323190151202	2022-11-01	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	20,96	20,45	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	6,65
81	Emplastri antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 2x45 cm, opatrunek specjalistyczny, 90 cm²	1 szt.	7323190151158	2022-11-01	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	20,96	20,45	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	6,65
82	Emplastri antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 4,5x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 45 cm²	1 szt.	7323190151196	2022-11-01	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	22,93	10,23	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	15,77
83	Emplastri antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 4,5x30 cm, opatrunek specjalistyczny, 135 cm²	1 szt.	7323190151219	2022-11-01	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	30,29	30,29	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	9,09
84	Emplastri antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 5x5 cm, opatrunek specjalistyczny, 25 cm²	1 szt.	7323190151165	2022-11-01	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	11,61	5,68	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	7,63
85	Emplastri antimicrobiotica	Medisorb Silver 10x10 cm, samoprzylepny opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 100 cm²	1 szt.	5900516866877	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	10,38	11,21	16,09	14,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
86	Emplastri antimicrobiotica	Medisorb Silver 10x10 cm, samoprzylepny opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 100 cm²	1 szt.	5900516866877	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	10,38	11,21	16,09	14,84	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,25
87	Emplastri antimicrobiotica	Medisorb Silver 10x20 cm, samoprzylepny opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 200 cm²	1 szt.	5900516866860	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	20,00	21,60	29,68	29,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,90
88	Emplastri antimicrobiotica	Medisorb Silver 10x20 cm, samoprzylepny opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 200 cm²	1 szt.	5900516866860	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	20,00	21,60	29,68	29,68	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
89	Emplastri antimicrobiotica	Medisorb Silver PAD 10x10 cm, opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 100 cm²	1 szt.	5900516866891	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	10,38	11,21	16,09	14,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,70
90	Emplastri antimicrobiotica	Medisorb Silver PAD 10x10 cm, opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 100 cm²	1 szt.	5900516866891	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	10,38	11,21	16,09	14,84	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,25
91	Emplastri antimicrobiotica	Medisorb Silver PAD 10x20 cm, opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 200 cm²	1 szt.	5900516866884	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	20,00	21,60	29,68	29,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,90
92	Emplastri antimicrobiotica	Medisorb Silver PAD 10x20 cm, opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 200 cm²	1 szt.	5900516866884	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	20,00	21,60	29,68	29,68	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
93	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag 10x21 cm, opatrunek, 210 cm²	1 szt.	7332430941374	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	23,00	24,84	33,63	32,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,82
94	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag 10x21 cm, opatrunek, 210 cm²	1 szt.	7332430941374	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	23,00	24,84	33,63	32,58	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,05
95	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430941367	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	17,59	19,00	26,39	24,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,42
96	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430941367	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	17,59	19,00	26,39	24,24	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,15
97	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430941381	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	33,55	36,23	47,51	47,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,25
98	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430941381	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	33,55	36,23	47,51	47,51	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
99	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag 6x8,5 cm, opatrunek, 51 cm²	1 szt.	7332551027056	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	5,78	6,24	9,37	7,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,83
100	Emplastri antimicrobiotica	Mepilex Ag 6x8,5 cm, opatrunek, 51 cm²	1 szt.	7332551027056	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	5,78	6,24	9,37	7,91	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,46

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
101	Emplastri antimicrobiotica	Silvercel Hydro-Alginate 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	15051978002291	2021-11-01	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	42,08	42,08	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,62
102	Emplastri antimicrobiotica	Silvercel Hydro-Alginate 11x11 cm, opatrunek, 121 cm²	1 szt.	15051978002321	2021-11-01	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	26,78	26,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,03
103	Emplastri antimicrobiotica	Suprasorb A+Ag, opatrunek z alginianu wapnia ze srebrem jonowym, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	4021447930350	2022-01-01	3 lata	265.4, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem- alginianowe ze srebrem	12,00	12,96	18,52	17,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,28
104	Emplastri antimicrobiotica	Suprasorb A+Ag, opatrunek z alginianu wapnia ze srebrem jonowym, sterylny, 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	4021447930381	2022-01-01	3 lata	265.4, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem- alginianowe ze srebrem	24,00	25,92	34,95	34,95	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,49
105	Emplastri antimicrobiotica	UrgoClean Ag 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm2	1 szt.	3546895520737	2022-05-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	16,42	17,73	24,77	22,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,87
106	Emplastri antimicrobiotica	UrgoClean Ag 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm2	1 szt.	3546895520744	2022-05-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	49,25	53,19	67,29	67,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,19
107	Emplastri antimicrobiotica	UrgoClean Ag 6x6 cm, opatrunek na rany, 36 cm2	1 szt.	3546895520720	2022-05-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	5,91	6,38	9,60	8,18	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,87
108	Emplastri antimicrobiotica	UrgoTul Ag/Silver 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm²	1 szt.	3546895518017	2022-07-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	18,47	19,95	27,83	27,27	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,74
109	Emplastri antimicrobiotica	UrgoTul Ag/Silver 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518024	<1>2022-07-01/<2>2021-07-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	45,50	49,14	62,99	62,99	<1>Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,90
110	Emplastri antimicrobiotica	UrgoTul Ag/Silver 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518024	<1>2022-07-01/<2>2021-07-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	45,50	49,14	62,99	62,99	<2>Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
111	Emplastri antimicrobiotica	Vliwaktiv Ag opatrunek węglowy, ze srebrem, sterylny, 10x10 cm, tamponada do ran głębokich, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	4021447309200	2022-01-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	8,35	9,02	14,05	14,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,22

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
112	Emplastri antimicrobiotica	Vliwaktiv Ag, opatrunek z węglem aktywowanym ze srebrem, chłonny, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	4021447309323	2022-01-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	8,35	9,02	14,05	14,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,22
113	Emplastri carbo activatus	Vliwaktiv opatrunek węglowy, chłonny , sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	4021447037493	2022-01-01	3 lata	264.4, Opatrunki chłonne z węglem aktywowanym	3,90	4,21	6,76	6,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,03
114	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455132027	2022-09-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	16,20	17,50	24,51	22,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,61
115	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455132027	2022-09-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	16,20	17,50	24,51	22,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,79
116	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455132034	2022-09-01	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	51,13	51,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,34
117	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455132034	2022-09-01	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	51,13	51,13	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
118	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 20x30 cm, opatrunek, 600 cm²	1 szt.	0768455132041	2022-09-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	99,00	106,92	128,24	128,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	38,47
119	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 20x30 cm, opatrunek, 600 cm²	1 szt.	0768455132041	2022-09-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	99,00	106,92	128,24	128,24	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
120	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	0768455132010	2022-09-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	4,20	4,54	7,05	5,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,07
121	Emplastri collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	0768455132010	2022-09-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	4,20	4,54	7,05	5,68	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,37
122	Emplastri collagenosa	Fibracol Plus 10,2x11,1 cm, opatrunek, 113.22 cm2	1 szt.	15051978001096	2021-11-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	56,50	61,02	76,18	69,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,68

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
123	Emplastri collagenosa	Fibracol Plus 10,2x11,1 cm, opatrunek, 113.22 cm2	1 szt.	15051978001096	2021-11-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	56,50	61,02	76,18	69,29	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,89
124	Emplastri collagenosa	Fibracol Plus 10,2x22,2 cm, opatrunek, 226.44 cm2	1 szt.	15051978001102	2021-11-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	107,50	116,10	138,57	138,57	Przewlekłe owrzodzenia		30%	41,57
125	Emplastri collagenosa	Fibracol Plus 10,2x22,2 cm, opatrunek, 226.44 cm2	1 szt.	15051978001102	2021-11-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	107,50	116,10	138,57	138,57	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
126	Emplastri collagenosa	HydroClean plus 10x10 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 100 cm²	1 szt.	4049500890922	2022-07-01	3 lata	263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym	51,55	55,67	70,26	70,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,08
127	Emplastri collagenosa	HydroClean plus 10x10 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 100 cm²	1 szt.	4049500890922	2022-07-01	3 lata	263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym	51,55	55,67	70,26	70,26	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
128	Emplastri collagenosa	HydroClean plus 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 56.25 cm²	1 szt.	4049500890915	2022-07-01	3 lata	263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym	29,00	31,32	41,53	39,52	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,87
129	Emplastri collagenosa	HydroClean plus 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 56.25 cm²	1 szt.	4049500890915	2022-07-01	3 lata	263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym	29,00	31,32	41,53	39,52	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,01
130	Emplastri collagenosa	HydroClean plus cavity 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 56.25 cm²	1 szt.	4049500890946	2022-07-01	3 lata	263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym	29,00	31,32	41,53	39,52	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,87
131	Emplastri collagenosa	HydroClean plus cavity 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 56.25 cm²	1 szt.	4049500890946	2022-07-01	3 lata	263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym	29,00	31,32	41,53	39,52	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,01

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
132	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x10 cm, opatrunek hydrożelowy, 100 cm²	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	12,53	7,97	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,95
133	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x10 cm, opatrunek hydrożelowy, 100 cm²	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	12,53	7,97	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,56
134	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x20 cm, opatrunek hydrożelowy, 200 cm²	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	23,81	15,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,65
135	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x20 cm, opatrunek hydrożelowy, 200 cm²	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	23,81	15,94	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,87
136	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x40 cm, opatrunek hydrożelowy, 400 cm²	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	45,87	31,89	Przewlekłe owrzodzenia		30%	23,55
137	Emplastri collagenosa	Intrasite Conformable 10x40 cm, opatrunek hydrożelowy, 400 cm²	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	45,87	31,89	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	13,98
138	Emplastri collagenosa	Mepilex Border Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332551816421	2021-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	26,10	28,19	36,13	24,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,16
139	Emplastri collagenosa	Mepilex Border Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332551816421	2021-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	26,10	28,19	36,13	24,24	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	11,89
140	Emplastri collagenosa	Mepilex Border Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332551816483	2021-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	51,05	55,13	67,55	47,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,29
141	Emplastri collagenosa	Mepilex Border Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332551816483	2021-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	51,05	55,13	67,55	47,51	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	20,04
142	Emplastri collagenosa	Sorelex 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8595163717817	2022-03-01	3 lata	264.6, Opatrunki do ran zakażonych z kwasem hialuronowym i dichlorowodorkiem oktenidyny	27,00	29,16	38,90	38,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,67
143	Emplastri collagenosa	UrgoStart Contact 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm²	1 szt.	3546894554863	2022-11-01	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	31,00	33,48	43,15	33,74	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,53
144	Emplastri collagenosa	UrgoStart Contact 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546894554870	2022-11-01	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	61,00	65,88	82,36	82,36	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,71
145	Emplastri collagenosa	UrgoStart Plus Border 12x12 cm, opatrunek na rany, 144 cm²	1 szt.	3546894530669	2022-11-01	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	38,50	41,58	52,59	40,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,25

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
146	Emplastri collagenosa	UrgoStart Plus Border 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546894549517	2022-11-01	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	60,50	65,34	81,79	81,79	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,54
147	Emplastri collagenosa	UrgoStart Plus Pad 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm²	1 szt.	3546894554887	2022-11-01	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	32,34	34,93	44,68	33,74	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,06
148	Emplastri collagenosa	UrgoStart Plus Pad 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546894554894	2022-11-01	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	62,73	67,75	84,34	84,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	25,30
149	Emplastri conlativi	Clean WND 15x20 cm, opatrunek specjalistyczny, 300 cm²	1 szt.	8681349103939	2022-09-01	3 lata	261.10, Opatrunki do mechanicznego oczyszczania rany - z mikrowłókniny z kwasem hialuronowym i fosfolipidami	13,95	15,07	21,31	21,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,39
150	Emplastri conlativi	Clean WND 15x20 cm, opatrunek specjalistyczny, 300 cm²	1 szt.	8681349103939	2022-09-01	3 lata	261.10, Opatrunki do mechanicznego oczyszczania rany - z mikrowłókniny z kwasem hialuronowym i fosfolipidami	13,95	15,07	21,31	21,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
151	Emplastri conlativi	HydroTac 10x10 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 100 cm²	1 szt.	4049500737043	2022-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	7,56	8,16	10,95	7,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,67
152	Emplastri conlativi	HydroTac 10x10 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 100 cm²	1 szt.	4049500737043	2022-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	7,56	8,16	10,95	7,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,41
153	Emplastri conlativi	HydroTac 10x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 200 cm²	1 szt.	4049500737074	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	16,00	17,28	22,38	15,08	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,82
154	Emplastri conlativi	HydroTac 10x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 200 cm²	1 szt.	4049500737074	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	16,00	17,28	22,38	15,08	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,30
155	Emplastri conlativi	HydroTac 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm²	1 szt.	4049500737258	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	17,78	19,20	24,76	16,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,89
156	Emplastri conlativi	HydroTac 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm²	1 szt.	4049500737258	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	17,78	19,20	24,76	16,96	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,80
157	Emplastri conlativi	HydroTac 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm²	1 szt.	4049500737401	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	27,48	29,68	38,06	30,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,95

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
158	Emplastri conlativi	HydroTac 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm²	1 szt.	4049500737401	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	27,48	29,68	38,06	30,16	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,90
159	Emplastri conlativi	HydroTac comfort 12,5x12,5 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 156.25 cm²	1 szt.	4049500736534	2022-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	7,34	7,93	11,78	11,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,53
160	Emplastri conlativi	HydroTac comfort 12,5x12,5 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 156.25 cm²	1 szt.	4049500736534	2022-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	7,34	7,93	11,78	11,78	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
161	Emplastri conlativi	HydroTac comfort 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm²	1 szt.	4049500736596	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	10,98	11,86	16,97	16,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,10
162	Emplastri conlativi	HydroTac comfort 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm²	1 szt.	4049500736596	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	10,98	11,86	16,97	16,96	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,01
163	Emplastri conlativi	HydroTac comfort 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm²	1 szt.	4049500736749	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	18,79	20,29	28,11	28,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,43
164	Emplastri conlativi	HydroTac comfort 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm²	1 szt.	4049500736749	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	18,79	20,29	28,11	28,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
165	Emplastri hydrocolloidosa	Biatain Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 156.25 cm²	1 szt.	5708932699136	2022-05-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,75	14,85	20,72	18,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,52
166	Emplastri hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455150946	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	5,70	6,16	8,86	7,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,91
167	Emplastri hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455150946	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	5,70	6,16	8,86	7,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,79
168	Emplastri hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455150892	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,45	11,29	16,23	15,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,10
169	Emplastri hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455150892	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,45	11,29	16,23	15,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,33

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
170	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm²	1 szt.	0768455150823	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,62	4,99	7,69	7,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,74
171	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm²	1 szt.	0768455150823	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,62	4,99	7,69	7,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,62
172	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm²	1 szt.	0768455150816	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,00	10,80	15,71	15,71	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,71
173	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm²	1 szt.	0768455150816	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,00	10,80	15,71	15,71	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
174	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 300 cm²	1 szt.	0768455150809	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	13,85	14,96	21,08	21,08	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,32
175	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 300 cm²	1 szt.	0768455150809	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	13,85	14,96	21,08	21,08	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
176	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm²	1 szt.	0768455150847	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	18,20	19,66	27,28	27,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,18
177	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm²	1 szt.	0768455150847	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	18,20	19,66	27,28	27,28	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
178	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 100 cm²	1 szt.	0768455157242	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,55	4,91	7,61	7,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,66
179	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 100 cm²	1 szt.	0768455157242	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,55	4,91	7,61	7,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,54
180	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 225 cm²	1 szt.	0768455157259	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,17	10,98	15,90	15,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,77

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
181	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 225 cm²	1 szt.	0768455157259	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,17	10,98	15,90	15,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
182	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 7,5x7,5 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 56.25 cm²	1 szt.	0768455150854	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	2,59	2,80	4,71	3,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	1,92
183	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 7,5x7,5 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 56.25 cm²	1 szt.	0768455150854	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	2,59	2,80	4,71	3,98	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,73
184	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll 10x10 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm²	1 szt.	4049500222464	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	6,85	7,40	10,10	7,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,15
185	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll 10x10 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm²	1 szt.	4049500222464	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	6,85	7,40	10,10	7,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,03
186	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll 15x15 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm²	1 szt.	4049500222471	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	17,80	19,22	24,64	15,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,51
187	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll 15x15 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm²	1 szt.	4049500222471	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	17,80	19,22	24,64	15,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,74
188	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll 20x20 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm²	1 szt.	4049500222488	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	28,80	31,10	39,42	28,27	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,63
189	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll 20x20 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm²	1 szt.	4049500222488	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	28,80	31,10	39,42	28,27	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	11,15
190	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll concave 8x12 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 96 cm²	1 szt.	4049500222501	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	14,35	15,50	18,52	6,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,77
191	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll sacral 12x18 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 216 cm²	1 szt.	4049500222259	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	22,23	24,01	29,58	15,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,90
192	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll thin 10x10 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm²	1 szt.	4049500222525	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	5,88	6,35	9,05	7,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,10
193	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll thin 10x10 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm²	1 szt.	4049500222525	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	5,88	6,35	9,05	7,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,98

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
194	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll thin 15x15 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm²	1 szt.	4049500222532	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,72	11,58	16,53	15,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,40
195	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrocoll thin 15x15 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm²	1 szt.	4049500222532	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,72	11,58	16,53	15,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,63
196	Emplastri hydrocolloidosa	Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	4021447546964	2022-11-01	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	9,16	9,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,75
197	Emplastri hydrocolloidosa	Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	4021447546995	2022-11-01	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	16,45	16,45	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,94
198	Emplastri hydrocolloidosa	Medisorb H 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm²	1 szt.	5900516844721	2022-03-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,40	4,75	7,45	7,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,50
199	Emplastri hydrocolloidosa	Medisorb H 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm²	1 szt.	5900516844721	2022-03-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,40	4,75	7,45	7,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,38
200	Emplastri hydrocolloidosa	Medisorb H 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm²	1 szt.	5900516844745	2022-03-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	9,99	10,79	15,70	15,70	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,71
201	Emplastri hydrocolloidosa	Medisorb H 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm²	1 szt.	5900516844745	2022-03-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	9,99	10,79	15,70	15,70	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
202	Emplastri hydrocolloidosa	Medisorb H 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm²	1 szt.	5900516849290	2022-03-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	17,30	18,68	26,26	26,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,88
203	Emplastri hydrocolloidosa	Medisorb H 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm²	1 szt.	5900516849290	2022-03-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	17,30	18,68	26,26	26,26	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
204	Emplastri hydrocolloidosa	Purilon Gel, opatrunek hydrożelowy, 15 g	15 g	5701780645317	2022-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,95	8,59	12,43	11,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,23
205	Emplastri hydrocolloidosa	Purilon Gel, opatrunek hydrożelowy, 15 g	15 g	5701780645317	2022-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,95	8,59	12,43	11,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,71
206	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 10x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 120 cm²	1 szt.	5900656000056	2022-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	6,95	7,51	10,92	9,57	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,22
207	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 10x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 120 cm²	1 szt.	5900656000056	2022-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	6,95	7,51	10,92	9,57	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,35
208	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 144 cm²	1 szt.	5900656000063	2022-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	8,29	8,95	12,87	11,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,83
209	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 144 cm²	1 szt.	5900656000063	2022-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	8,29	8,95	12,87	11,48	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,39

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
210	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x24 cm, opatrunek hydrożelowy, 288 cm²	1 szt.	5900656000070	2022-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	15,10	16,31	22,96	22,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,89
211	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x24 cm, opatrunek hydrożelowy, 288 cm²	1 szt.	5900656000070	2022-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	15,10	16,31	22,96	22,96	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
212	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 6x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 72 cm²	1 szt.	5900656000032	2022-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	4,86	5,25	7,65	5,74	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,63
213	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 6x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 72 cm²	1 szt.	5900656000032	2022-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	4,86	5,25	7,65	5,74	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,91
214	Emplastri hydropolymerosa	Aspirox, opatrunek w żelu, 250 ml	1 szt.	4260199571248	2021-07-01	3 lata	266.1, Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	56,00	60,48	75,99	75,99	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,80
215	Emplastri hydropolymerosa	Aspirox, opatrunek w żelu, 250 ml	1 szt.	4260199571248	2021-07-01	3 lata	266.1, Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	56,00	60,48	75,99	75,99	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
216	Emplastri hydropolymerosa	Intrasite Gel, sterylny, czysty amorficznie hydrożel składający się ze zmodyfikowanego polimeru karboksymetylocelulozy, glikolu, 15 g	1 szt.	0000050223480	2023-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,30	7,88	11,72	11,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,52
217	Emplastri hydropolymerosa	Intrasite Gel, sterylny, czysty amorficznie hydrożel składający się ze zmodyfikowanego polimeru karboksymetylocelulozy, glikolu, 15 g	1 szt.	0000050223480	2023-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,30	7,88	11,72	11,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
218	Emplastri 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	48,41	37,02	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,50
219	Emplastri 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	48,41	37,02	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	11,39
220	Emplastri 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	77,13	77,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	23,14
221	Emplastri 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	77,13	77,13	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
222	Emplastri microfibricum cellulosae	Adaptic 12,7x22,9 cm, opatrunek, 290.83 cm²	1 szt.	15051978000174	2022-03-01	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	36,86	36,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,06
223	Emplastri microfibricum cellulosae	Adaptic 12,7x22,9 cm, opatrunek, 290.83 cm²	1 szt.	15051978000174	2022-03-01	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	36,86	36,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
224	Emplastri microfibricum cellulosae	Adaptic 7,6x40,6 cm, opatrunek, 308.56 cm²	1 szt.	15051978000167	2022-03-01	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	38,90	38,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
225	Emplastri microfibricum cellulosae	Adaptic 7,6x40,6 cm, opatrunek, 308.56 cm²	1 szt.	15051978000167	2022-03-01	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	38,90	38,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
226	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm²	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	10,93	10,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,28
227	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm²	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	10,93	10,93	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
228	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 10x20 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 200 cm²	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	20,86	20,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,26
229	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 10x20 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 200 cm²	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	20,86	20,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
230	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156.25 cm²	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	16,30	16,30	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,89
231	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156.25 cm²	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	16,30	16,30	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
232	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 17,5x17,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 306.25 cm²	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	30,38	30,38	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,11
233	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 17,5x17,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 306.25 cm²	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	30,38	30,38	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
234	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 7,5x7,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 56.25 cm²	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	6,78	6,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,03

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
235	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border 7,5x7,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 56.25 cm²	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	6,78	6,78	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
236	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Heel 23x23,2 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 471 cm²	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	45,20	45,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,56
237	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Heel 23x23,2 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 471 cm²	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	45,20	45,20	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
238	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm²	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	10,93	10,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,28
239	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm²	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	10,93	10,93	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
240	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 15x15 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm²	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	23,64	23,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,09
241	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 15x15 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm²	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	23,64	23,64	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
242	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 8x8 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 64 cm²	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	7,59	7,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,28
243	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 8x8 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 64 cm²	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	7,59	7,59	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
244	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite Oval 15,2x13,1 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156 cm²	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	16,86	16,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,06

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
245	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite Oval 15,2x13,1 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156 cm²	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	16,86	16,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
246	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Multisite 17,1x17,9 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm²	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	23,07	23,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,92
247	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Gentle Border Multisite 17,1x17,9 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm²	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	23,07	23,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
248	Emplastri 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 cm²	1 szt.	5000223477981	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,90	9,61	13,54	11,22	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,69
249	Emplastri 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 cm²	1 szt.	5000223477981	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,90	9,61	13,54	11,22	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,32
250	Emplastri 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 cm²	1 szt.	5000223478018	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,60	14,69	20,30	17,62	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,97
251	Emplastri 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 cm²	1 szt.	5000223478018	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,60	14,69	20,30	17,62	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,68

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
252	Emplastri 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 cm²	1 szt.	5000223478049	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,00	20,52	27,98	25,46	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,16
253	Emplastri 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 cm²	1 szt.	5000223478049	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,00	20,52	27,98	25,46	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,52
254	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn Life 21x21 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 21cm x 21cm, 392 cm²	1 szt.	5000223478070	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,50	37,26	48,29	47,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,17
255	Emplastri 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 cm²	1 szt.	5000223482503	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	45,00	48,60	61,91	61,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,57
256	Emplastri 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 cm²	1 szt.	5000223481421	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,00	20,52	28,36	28,36	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,51

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
257	Emplastri microfibricum cellulosae	Allevyn 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 cm²	1 szt.	5000223481452	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	30,88	33,35	44,06	44,06	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,22
258	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455125616	2021-11-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,90	10,69	15,35	13,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,89
259	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455125616	2021-11-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,90	10,69	15,35	13,51	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,84
260	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455125630	2021-11-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	22,27	24,05	32,46	30,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,17
261	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455125630	2021-11-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	22,27	24,05	32,46	30,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,05
262	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	0768455125586	2021-11-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	3,04	3,28	5,11	3,38	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,74
263	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	0768455125586	2021-11-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	3,04	3,28	5,11	3,38	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,73
264	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm²	1 szt.	0768455123834	2021-05-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,35	10,10	14,72	13,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,26
265	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm²	1 szt.	0768455123834	2021-05-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,35	10,10	14,72	13,51	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,21
266	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 10x10 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm²	1 szt.	0768455127115	2021-05-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,35	10,10	14,72	13,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,26

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
267	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 10x10 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm²	1 szt.	0768455127115	2021-05-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,35	10,10	14,72	13,51	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,21
268	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 12,5x12,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 156.25 cm²	1 szt.	0768455123711	2021-05-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	14,60	15,77	22,25	21,12	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,47
269	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 12,5x12,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 156.25 cm²	1 szt.	0768455123711	2021-05-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	14,60	15,77	22,25	21,12	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,13
270	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 14x19,8 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 277.2 cm²	1 szt.	0768455123759	2021-05-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	25,91	27,98	37,46	37,46	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,24
271	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 14x19,8 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 277.2 cm²	1 szt.	0768455123759	2021-05-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	25,91	27,98	37,46	37,46	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
272	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 225 cm²	1 szt.	0768455123841	2021-05-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	21,04	22,72	31,04	30,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,75
273	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 225 cm²	1 szt.	0768455123841	2021-05-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	21,04	22,72	31,04	30,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,63
274	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 15x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 300 cm²	1 szt.	0768455123865	2021-05-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	28,05	30,29	40,27	40,27	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,08
275	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 15x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 300 cm²	1 szt.	0768455123865	2021-05-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	28,05	30,29	40,27	40,27	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
276	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 16,9x20 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 338 cm²	1 szt.	0768455123766	2021-05-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	31,60	34,13	44,95	44,95	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,49
277	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 16,9x20 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 338 cm²	1 szt.	0768455123766	2021-05-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	31,60	34,13	44,95	44,95	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
278	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 17,5x17,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 306.25 cm²	1 szt.	0768455123728	2021-05-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	28,63	30,92	41,04	41,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,31

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
279	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 17,5x17,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 306.25 cm²	1 szt.	0768455123728	2021-05-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	28,63	30,92	41,04	41,04	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
280	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 400 cm²	1 szt.	0768455123858	2021-05-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	37,17	40,14	52,18	52,18	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,65
281	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 400 cm²	1 szt.	0768455123858	2021-05-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	37,17	40,14	52,18	52,18	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
282	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 21x21 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 441 cm²	1 szt.	0768455123735	2021-05-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	41,23	44,53	57,27	57,27	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,18
283	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 21x21 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 441 cm²	1 szt.	0768455123735	2021-05-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	41,23	44,53	57,27	57,27	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
284	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 25x30 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 750 cm²	1 szt.	0768455123742	2021-05-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	70,12	75,73	93,64	93,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,09
285	Emplastri microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 25x30 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 750 cm²	1 szt.	0768455123742	2021-05-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	70,12	75,73	93,64	93,64	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
286	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 10x10 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm²	1 szt.	5708932861557	2021-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	9,19	9,93	12,57	6,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,73
287	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 12,5x12,5 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 156.25 cm²	1 szt.	5708932861571	2021-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	14,32	15,47	19,40	10,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,84
288	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 18x18 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 324 cm²	1 szt.	5708932861564	2021-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	29,74	32,12	39,33	22,39	Przewlekłe owrzodzenia		30%	23,66
289	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 7,5x7,5 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 56.25 cm²	1 szt.	5708932861540	2021-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	5,28	5,70	7,55	3,89	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,83
290	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive Heel 19x20 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy na piętę, 380 cm²	1 szt.	5708932861526	2021-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	35,77	38,63	46,92	26,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,54

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
291	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive Sacral 23x23 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy na okolicę krzyżową, 529 cm²	1 szt.	5708932861533	2021-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	48,38	52,25	62,59	36,55	Przewlekłe owrzodzenia		30%	37,01
292	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm²	1 szt.	5708932476300	2021-03-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	10,36	11,19	13,91	6,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,07
293	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm²	1 szt.	5708932476300	2021-03-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	10,36	11,19	13,91	6,91	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,00
294	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 225 cm²	1 szt.	5708932476294	2021-03-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	22,33	24,12	29,64	15,55	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,76
295	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 225 cm²	1 szt.	5708932476294	2021-03-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	22,33	24,12	29,64	15,55	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	14,09
296	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Super Adhesive 10x10 cm, przylepny opatrunek hydrokapilarny, 100 cm²	1 szt.	5708932551540	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	10,20	11,02	15,51	11,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,22
297	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Super Adhesive 15x15 cm, przylepny opatrunek hydrokapilarny, 225 cm²	1 szt.	5708932551571	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	19,80	21,38	29,38	26,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,72
298	Emplastri microfibricum cellulosae	Biatain Super Adhesive 20x20 cm, samoprzylepny opatrunek hydrokapilarny, 400 cm²	1 szt.	5708932861588	2021-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	36,75	39,69	51,41	47,39	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,24
299	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	6940610106331	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,70	9,40	13,80	11,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,51
300	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	6940610106362	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	17,40	18,79	26,25	23,70	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,66
301	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	6940610106423	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	19,57	21,14	29,11	26,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,45
302	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	6940610106485	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	34,80	37,58	49,17	47,39	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,00

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
303	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 20x30 cm, opatrunek, 600 cm²	1 szt.	6940610106515	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	52,20	56,38	71,09	71,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,33
304	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 20x40 cm, opatrunek, 800 cm²	1 szt.	6940610106546	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	69,60	75,17	93,00	93,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,90
305	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber przylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	6940610106607	2022-05-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	13,80	12,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,20
306	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber przylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	6940610106690	2022-05-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,57	21,14	29,11	27,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,75
307	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber przylepny 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	6940610106751	2022-05-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,80	37,58	49,17	49,17	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,75
308	Emplastri microfibricum cellulosae	Durafiber 10x10 cm, opatrunek włóknowy, żelowy, chłonny, 100 cm²	1 szt.	5000223466695	2022-11-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,00	9,72	14,32	13,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,86
309	Emplastri microfibricum cellulosae	Durafiber 15x15 cm, opatrunek włóknowy, żelowy, chłonny, 225 cm²	1 szt.	5000223466725	2022-11-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	20,25	21,87	30,15	30,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,05
310	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455142231	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,17	8,82	12,95	12,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,50
311	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455142231	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,17	8,82	12,95	12,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,88
312	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455142248	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,38	19,85	27,51	27,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,51

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
313	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455142248	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,38	19,85	27,51	27,15	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,36
314	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 5,5x12 cm, opatrunek, 66 cm²	1 szt.	0768455142255	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	5,40	5,83	8,86	7,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,29
315	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 5,5x12 cm, opatrunek, 66 cm²	1 szt.	0768455142255	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	5,40	5,83	8,86	7,96	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,90
316	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 8x8 cm, opatrunek, 64 cm²	1 szt.	0768455142224	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	5,23	5,65	8,61	7,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,21
317	Emplastri microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 8x8 cm, opatrunek, 64 cm²	1 szt.	0768455142224	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	5,23	5,65	8,61	7,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,89
318	Emplastri microfibricum cellulosae	Inadine 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	15051978004257	2022-01-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	3,40	3,67	5,51	3,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,88
319	Emplastri microfibricum cellulosae	Inadine 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	15051978004257	2022-01-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	3,40	3,67	5,51	3,76	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,75
320	Emplastri microfibricum cellulosae	Inadine 9,5x9,5 cm, opatrunek, 90.25 cm²	1 szt.	15051978004264	2022-01-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	8,57	9,26	13,59	13,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,08
321	Emplastri microfibricum cellulosae	Inadine 9,5x9,5 cm, opatrunek, 90.25 cm²	1 szt.	15051978004264	2022-01-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	8,57	9,26	13,59	13,59	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
322	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343013953	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	13,55	12,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,10
323	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343013953	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	13,55	12,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,48
324	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343014028	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,58	21,15	28,88	27,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,88

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
325	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343014028	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,58	21,15	28,88	27,15	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,73
326	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 15x20 cm, opatrunek, 300 cm²	1 szt.	8715343014141	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	26,10	28,19	37,40	36,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,06
327	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 15x20 cm, opatrunek, 300 cm²	1 szt.	8715343014141	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	26,10	28,19	37,40	36,20	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,20
328	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone Heel 20x20,8 cm, opatrunek, 416 cm²	1 szt.	8715343025956	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	36,19	39,09	50,56	50,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,42
329	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone Heel 20x20,8 cm, opatrunek, 416 cm²	1 szt.	8715343025956	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	36,19	39,09	50,56	50,20	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,36
330	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone Sacrum 22,5x22,5 cm, opatrunek, 506.25 cm²	1 szt.	8715343025987	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	44,04	47,56	60,45	60,45	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,14
331	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone Sacrum 22,5x22,5 cm, opatrunek, 506.25 cm²	1 szt.	8715343025987	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	44,04	47,56	60,45	60,45	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
332	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam PHMB 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343026847	2023-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	8,70	9,40	13,80	12,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,20
333	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam PHMB 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343026847	2023-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	8,70	9,40	13,80	12,29	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,51
334	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam PHMB 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343026915	2023-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	19,58	21,15	29,12	27,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,76
335	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam PHMB 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343026915	2023-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	19,58	21,15	29,12	27,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,46
336	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam PHMB 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	8715343026977	2023-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	34,80	37,58	49,17	49,17	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,75
337	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam PHMB 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	8715343026977	2023-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	34,80	37,58	49,17	49,17	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
338	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343013762	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	13,55	12,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,10
339	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343013762	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	13,55	12,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,48

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
340	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343013793	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,58	21,15	28,88	27,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,88
341	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343013793	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,58	21,15	28,88	27,15	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,73
342	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	8715343013878	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,80	37,58	48,74	48,27	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,95
343	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	8715343013878	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,80	37,58	48,74	48,27	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,47
344	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone Heel 10x17,5 cm, opatrunek, 175 cm²	1 szt.	8715343025895	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,23	16,45	22,83	21,12	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,05
345	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone Heel 10x17,5 cm, opatrunek, 175 cm²	1 szt.	8715343025895	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,23	16,45	22,83	21,12	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,71
346	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343019184	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	13,55	12,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,10
347	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343019184	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	13,55	12,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,48
348	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343019214	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,58	21,15	28,88	27,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,88
349	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343019214	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,58	21,15	28,88	27,15	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,73
350	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 20X50 cm, opatrunek, 1000 cm²	1 szt.	8715343019269	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	87,00	93,96	113,58	113,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,07
351	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 20X50 cm, opatrunek, 1000 cm²	1 szt.	8715343019269	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	87,00	93,96	113,58	113,58	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
352	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 6x8,5 cm, opatrunek, 51 cm²	1 szt.	8715343019153	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,44	4,80	7,34	6,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,04
353	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 6x8,5 cm, opatrunek, 51 cm²	1 szt.	8715343019153	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,44	4,80	7,34	6,15	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,19
354	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343019405	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	13,55	12,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,10
355	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343019405	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	13,55	12,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,48

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
356	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343019450	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,58	21,15	28,88	27,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,88
357	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	8715343019450	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,58	21,15	28,88	27,15	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,73
358	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56.25 cm²	1 szt.	8715343019375	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,89	5,28	7,99	6,79	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,24
359	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56.25 cm²	1 szt.	8715343019375	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,89	5,28	7,99	6,79	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,20
360	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343067321	2022-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	7,50	8,10	12,48	11,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,19
361	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 10x15 cm, opatrunek, 150 cm²	1 szt.	8715343067338	2022-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	11,25	12,15	17,96	17,77	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,52
362	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	8715343066157	2022-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	15,00	16,20	23,50	23,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,05
363	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	8715343067307	2022-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	30,00	32,40	43,67	43,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,10
364	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 20x30 cm, opatrunek, 600 cm²	1 szt.	8715343067314	2022-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	44,40	47,95	62,15	62,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,65
365	Emplastri microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 20x40 cm, opatrunek, 800 cm²	1 szt.	8715343048290	2022-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	59,20	63,94	81,09	81,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,33
366	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 10x21 cm, opatrunek, 210 cm²	1 szt.	7332430504999	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,55	21,11	28,59	25,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,85
367	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 10x21 cm, opatrunek, 210 cm²	1 szt.	7332430504999	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,55	21,11	28,59	25,34	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,25
368	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430446459	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,70	16,96	22,94	18,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,74
369	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430446459	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,70	16,96	22,94	18,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,08

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
370	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430505019	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	29,80	32,18	41,72	36,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,85
371	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430505019	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	29,80	32,18	41,72	36,96	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,76
372	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 20x50 cm, opatrunek, 1000 cm²	1 szt.	7332551306441	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	97,30	105,08	125,37	120,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	40,89
373	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex 20x50 cm, opatrunek, 1000 cm²	1 szt.	7332551306441	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	97,30	105,08	125,37	120,68	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,69
374	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	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	13,55	12,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,10
375	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	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	13,55	12,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,48
376	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	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	28,87	27,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,87
377	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	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	28,87	27,15	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,72
378	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56.25 cm²	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	7,99	6,79	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,24
379	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56.25 cm²	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	7,99	6,79	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,20
380	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430666598	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,70	16,96	22,94	18,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,74
381	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430666598	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,70	16,96	22,94	18,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,08
382	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430666642	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	26,95	29,11	38,46	36,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,59
383	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430666642	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	26,95	29,11	38,46	36,96	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,50
384	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm²	1 szt.	7332430666505	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	7,05	7,61	10,57	7,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,19
385	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm²	1 szt.	7332430666505	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	7,05	7,61	10,57	7,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
386	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Talon 13X21 cm, opatrunek, 273 cm²	1 szt.	7332430727572	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	20,35	21,98	30,44	30,44	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,13
387	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Talon 13X21 cm, opatrunek, 273 cm²	1 szt.	7332430727572	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	20,35	21,98	30,44	30,44	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
388	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Transfer 15x20 cm, opatrunek jałowy, 300 cm²	1 szt.	7332430008800	2022-11-01	3 lata	261.7, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – piankowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające warstwy funkcjonalne	40,00	43,20	55,72	55,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,72
389	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepilex Transfer 15x20 cm, opatrunek jałowy, 300 cm²	1 szt.	7332430008800	2022-11-01	3 lata	261.7, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – piankowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające warstwy funkcjonalne	40,00	43,20	55,72	55,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
390	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepitel 7,5x10 cm, opatrunek jałowy, 75 cm²	1 szt.	7310792907108	2022-11-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	7,95	8,59	12,11	9,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,45
391	Emplastri microfibricum cellulosae	Mepitel 7,5x10 cm, opatrunek jałowy, 75 cm²	1 szt.	7310792907108	2022-11-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	7,95	8,59	12,11	9,51	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,60
392	Emplastri microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm²	1 szt.	7323190179527	2021-09-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,00	8,64	13,02	11,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,73
393	Emplastri microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm²	1 szt.	7323190179527	2021-09-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,00	8,64	13,02	11,85	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,17
394	Emplastri microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 12,5x17,5 cm, opatrunek specjalistyczny, 218.75 cm²	1 szt.	7323190179428	2022-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	16,97	18,33	26,05	25,92	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,91
395	Emplastri microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 17,5x22,5 cm, opatrunek specjalistyczny, 393.75 cm²	1 szt.	7323190179442	2022-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	25,97	28,05	38,96	38,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,69
396	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoClean 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm2	1 szt.	3546895520270	2022-05-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	9,10	9,83	14,29	12,70	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,40
397	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoClean 15x15 cm, opatrunek na rany, 225 cm2	1 szt.	3546895520287	2022-05-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	20,48	22,12	30,20	28,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,19
398	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoClean 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm2	1 szt.	3546895520294	2022-05-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	27,30	29,48	39,14	38,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,47

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
399	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoClean 6x6 cm, opatrunek na rany, 36 cm2	1 szt.	3546895520263	2022-05-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	3,28	3,54	5,70	4,57	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,50
400	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoClean ROPE 40x5 cm, opatrunek na rany, 200 cm2	1 szt.	3546895520300	2022-05-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	18,20	19,66	27,20	25,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,42
401	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoSuperSuperabsorber, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	7350031913521	2023-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	7,88	8,51	12,89	11,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,60
402	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoSuperSuperabsorber, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	7350031913538	2023-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	15,75	17,01	24,37	23,70	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,78
403	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoSuperSuperabsorber, opatrunek, 600 cm²	1 szt.	7350031913552	2023-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	47,24	51,02	65,41	65,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,62
404	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm²	1 szt.	3546895518048	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	10,56	11,40	16,46	15,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,79
405	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm²	1 szt.	3546895518048	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	10,56	11,40	16,46	15,24	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,22
406	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518055	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,50	28,62	38,22	38,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,55
407	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518055	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,50	28,62	38,22	38,10	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,12
408	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul 20x30 cm, opatrunek na rany, 600 cm²	1 szt.	3546895518062	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	53,00	57,24	72,06	72,06	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,62
409	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul 20x30 cm, opatrunek na rany, 600 cm²	1 szt.	3546895518062	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	53,00	57,24	72,06	72,06	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
410	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm²	1 szt.	3546895518079	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	8,80	9,50	13,95	12,70	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,06

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
411	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518086	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,40	28,51	38,10	38,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,43
412	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518086	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,40	28,51	38,10	38,10	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
413	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm²	1 szt.	3546895518116	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	8,80	9,50	13,95	12,70	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,06
414	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 13x13 cm, opatrunek na rany, 169 cm²	1 szt.	3546895518123	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	14,87	16,06	22,63	21,46	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,61
415	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518130	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,40	28,51	38,10	38,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,43
416	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 8x8 cm, opatrunek na rany, 64 cm²	1 szt.	3546895518109	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	5,63	6,08	9,23	8,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,54
417	Emplastri microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border Sacrum 20x20 cm, opatrunek na rany, 400 cm²	1 szt.	3546895518147	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	35,20	38,02	49,67	49,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,90
418	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb adhesive opatrunek z superabsorbentem, samoprzylepny 12x12 cm, opatrunek z superabsorbentem, 144 cm²	1 szt.	4021447587721	2021-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	10,70	11,56	17,19	17,06	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,25
419	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem , 100 cm²	1 szt.	4056649067429	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	4,40	4,75	9,13	9,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,74
420	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem , 156.25 cm²	1 szt.	4056649067443	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	4,80	5,18	10,96	10,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,29
421	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 12,5x22,5 cm, opatrunek z superabsorbentem , 281.25 cm²	1 szt.	4056649067467	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,10	8,75	16,84	16,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,05
422	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 22x22 cm, opatrunek z superabsorbentem , 484 cm²	1 szt.	4056649067481	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	14,00	15,12	26,20	26,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,86

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
423	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 22x32 cm, opatrunek z superabsorbentem , 704 cm²	1 szt.	4056649067504	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	20,00	21,60	35,26	35,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,58
424	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb sensitive 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm²	1 szt.	6940610104740	2022-09-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,80	15,98	23,28	23,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,98
425	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb sensitive 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm²	1 szt.	6940610104733	2022-09-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	11,56	12,48	18,47	18,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,54
426	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb sensitive 15x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 375 cm²	1 szt.	6940610104757	2022-09-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	27,75	29,97	40,72	40,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,22
427	Emplastri microfibricum cellulosae	Vliwasorb sensitive 20x30 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 600 cm²	1 szt.	6940610104771	2022-09-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	44,00	47,52	61,70	61,70	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,51
428	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem, 100 cm2	1 szt.	4049500616713	2021-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,80	9,50	13,92	11,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,63
429	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem, 100 cm2	1 szt.	4049500616713	2021-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,80	9,50	13,92	11,85	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,07
430	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem, 200 cm2	1 szt.	4049500616751	2021-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	17,60	19,01	26,48	23,70	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,89
431	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem, 200 cm2	1 szt.	4049500616751	2021-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	17,60	19,01	26,48	23,70	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,78
432	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus 20x40 cm, opatrunek z superabsorbentem, 800 cm2	1 szt.	4049500616874	2021-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	70,40	76,03	93,91	93,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,17
433	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus 20x40 cm, opatrunek z superabsorbentem, 800 cm2	1 szt.	4049500616874	2021-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	70,40	76,03	93,91	93,91	Epidermolysis bullosa		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
434	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm²	1 szt.	4052199276106	2021-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	17,59	19,00	26,47	24,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,26
435	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm²	1 szt.	4052199276106	2021-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	17,59	19,00	26,47	24,59	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,88
436	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm²	1 szt.	4052199276069	2021-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,74	14,84	20,96	19,21	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,51
437	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm²	1 szt.	4052199276069	2021-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,74	14,84	20,96	19,21	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,75
438	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm²	1 szt.	4052199276274	2021-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	43,98	47,50	60,68	60,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,20
439	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm²	1 szt.	4052199276274	2021-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	43,98	47,50	60,68	60,68	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
440	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone Border 12,5x12,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm²	1 szt.	4052199298290	2021-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,74	14,84	20,96	19,21	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,51
441	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone Border 12,5x12,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm²	1 szt.	4052199298290	2021-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,74	14,84	20,96	19,21	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,75
442	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone Border 17,5x17,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 306.25 cm²	1 szt.	4052199298337	2021-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	26,93	29,08	38,76	37,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,41

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
443	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone Border 17,5x17,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 306.25 cm²	1 szt.	4052199298337	2021-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	26,93	29,08	38,76	37,65	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,11
444	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone Border 20x25 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm²	1 szt.	4052199298412	2021-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	43,98	47,50	60,68	60,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,20
445	Emplastri microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone Border 20x25 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm²	1 szt.	4052199298412	2021-01-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorbcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	43,98	47,50	60,68	60,68	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
446	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive 12,5x12,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm, 156.25 cm²	1 szt.	5000223415587	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	6,56	7,08	10,63	10,63	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,19
447	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive 12,5x12,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm, 156.25 cm²	1 szt.	5000223415587	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	6,56	7,08	10,63	10,63	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
448	Emplastri 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	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	12,86	13,89	19,79	19,79	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,94
449	Emplastri 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	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	12,86	13,89	19,79	19,79	Epidermolysis bullosa		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
450	Emplastri 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	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	20,30	21,92	30,28	30,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,08
451	Emplastri 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	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	20,30	21,92	30,28	30,28	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
452	Emplastri 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	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	7,01	7,57	10,87	9,79	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,02
453	Emplastri 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	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	7,01	7,57	10,87	9,79	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,08
454	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x10 cm, opatrunek poliuretanowy, 100 cm²	1 szt.	5000223415846	2022-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	4,00	4,32	6,91	6,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,07
455	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x10 cm, opatrunek poliuretanowy, 100 cm²	1 szt.	5000223415846	2022-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	4,00	4,32	6,91	6,91	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
456	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 200 cm²	1 szt.	5000223416775	2022-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	7,50	8,10	12,39	12,39	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,72
457	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 200 cm²	1 szt.	5000223416775	2022-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	7,50	8,10	12,39	12,39	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
458	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 400 cm²	1 szt.	5000223415853	2022-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	16,00	17,28	24,53	24,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,36
459	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 400 cm²	1 szt.	5000223415853	2022-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	16,00	17,28	24,53	24,53	Epidermolysis bullosa		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
460	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Sacrum 22x22 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm, 484 cm²	1 szt.	5000223426736	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	19,60	21,17	29,32	29,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,80
461	Emplastri polyurethanum spumatum	Allevyn Sacrum 22x22 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm, 484 cm²	1 szt.	5000223426736	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	19,60	21,17	29,32	29,32	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
462	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm²	1 szt.	0724004611832	2022-03-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,18	96,31	116,54	116,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,96
463	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm²	1 szt.	0724004611832	2022-03-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,18	96,31	116,54	116,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
464	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm²	1 szt.	0724004611818	2022-03-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,96	73,40	90,93	88,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,77
465	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm²	1 szt.	0724004611818	2022-03-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,96	73,40	90,93	88,80	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,13
466	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm²	1 szt.	0724004611870	2021-03-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,18	96,31	116,54	116,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,96
467	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm²	1 szt.	0724004611870	2021-03-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,18	96,31	116,54	116,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
468	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm²	1 szt.	0724004611856	2021-03-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,96	73,40	90,93	88,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,77
469	Emplastri polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm²	1 szt.	0724004611856	2021-03-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminą lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,96	73,40	90,93	88,80	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,13
470	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 10x10 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 100 cm²	1 szt.	4056649683094	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,35	9,02	13,15	12,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,70
471	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 156.25 cm²	1 szt.	4056649683124	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	12,70	13,72	19,51	18,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,31
472	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 15x15 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 225 cm²	1 szt.	4056649683186	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,70	20,20	27,88	27,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,88

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
473	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 20x20 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 400 cm²	1 szt.	4056649683216	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,00	36,72	47,82	47,82	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,35
474	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 7,5x8,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 63.75 cm²	1 szt.	4056649683155	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	5,48	5,92	8,88	7,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,50
475	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 100 cm²	1 szt.	4056649683308	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,35	9,02	13,15	12,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,70
476	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive heel 25x23,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 587.5 cm²	1 szt.	4056649917687	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	40,21	43,43	56,82	56,82	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,05
477	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive multisite 12x15 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 180 cm²	1 szt.	4056649917700	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,40	15,55	22,00	21,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,80
478	Emplastri polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive sacrum 17x17,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 297.5 cm²	1 szt.	4056649917663	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	25,00	27,00	36,10	35,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,97
479	Igły do penów	BD Micro-Fine Plus 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	0382903205189	2022-01-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	16,80	18,14	24,09	18,89	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	10,87
480	Igły do penów	BD Micro-Fine Plus 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	0382903205172	2022-01-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	16,80	18,14	24,09	18,89	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	10,87
481	Igły do penów	Easydrip Classic 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	6972857293000	2022-05-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,20	13,18	18,82	18,82	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,65
482	Igły do penów	Easydrip Classic 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	6972857293017	2022-05-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,20	13,18	18,82	18,82	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,65
483	Igły do penów	Iglessy 0,23x4 mm (32G), igły	100 szt.	5907553012045	2022-05-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	18,89	18,89	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,67
484	Igły do penów	Iglessy 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	5907553012021	2022-05-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	18,89	18,89	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,67

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
485	Igły do penów	Iglessy 0,25x6 mm (31G), igły	100 szt.	5907553012038	2022-05-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	18,89	18,89	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,67
486	Igły do penów	Iglessy 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	5907553012014	2022-05-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	18,89	18,89	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,67
487	Igły do penów	PIC Insupen Orginal 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	8058090005094	2022-03-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,40	13,39	19,05	18,89	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,83
488	Igły do penów	PIC Insupen Orginal 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	8058090004578	2022-03-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,40	13,39	19,05	18,89	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,83
489	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Granugel - żel hydrokoloidowy, żel, 15 g	15 g (tuba)	0768455157266	2022-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,30	7,88	11,72	11,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,52
490	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Granugel - żel hydrokoloidowy, żel, 15 g	15 g (tuba)	0768455157266	2022-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,30	7,88	11,72	11,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
491	Paski do oznaczania glukozy i ciał ketonowych w moczu	Keto-Diastix, test paskowy	50 szt.	5016003288302	2022-01-01	3 lata	219.1, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy i ciał ketonowych w moczu	11,80	12,74	18,24	18,24	Cukrzyca		30%	5,47
492	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Abra, test paskowy	50 pasków	5907581253625	2022-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,30	29,48	39,27	39,09	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,38
493	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Abra, test paskowy	50 pasków	5907581253625	2022-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,30	29,48	39,27	39,09	Cukrzyca		30%	11,91
494	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Active, test paskowy	50 pasków	4015630056316	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,40	29,59	39,37	39,09	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,48
495	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Active, test paskowy	50 pasków	4015630056316	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,40	29,59	39,37	39,09	Cukrzyca		30%	12,01
496	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Instant, test paskowy	100 szt.	4015630067732	2021-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	54,60	58,97	74,08	74,08	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
497	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Instant, test paskowy	100 szt.	4015630067732	2021-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	54,60	58,97	74,08	74,08	Cukrzyca		30%	22,22
498	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Performa, test paskowy	50 szt.	4015630980987	2022-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,30	29,48	39,27	39,09	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,38
499	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Performa, test paskowy	50 szt.	4015630980987	2022-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,30	29,48	39,27	39,09	Cukrzyca		30%	11,91
500	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Cera-Chek 1 Code, test paskowy	50 pasków	8809242521845	2022-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,48	28,60	38,33	38,33	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
501	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Cera-Chek 1 Code, test paskowy	50 pasków	8809242521845	2022-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,48	28,60	38,33	38,33	Cukrzyca		30%	11,50
502	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour Plus, test paskowy	50 szt.	5016003763403	2021-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,15	29,32	39,09	39,09	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
503	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour Plus, test paskowy	50 szt.	5016003763403	2021-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,15	29,32	39,09	39,09	Cukrzyca		30%	11,73
504	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour TS paski testowe, test paskowy	50 szt.	5016003183904	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,15	29,32	39,09	39,09	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
505	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour TS paski testowe, test paskowy	50 szt.	5016003183904	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,15	29,32	39,09	39,09	Cukrzyca		30%	11,73
506	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Diagnostic Gold Strip, test paskowy	50 szt.	5906881862681	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,50	29,70	39,49	39,09	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,60
507	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Diagnostic Gold Strip, test paskowy	50 szt.	5906881862681	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,50	29,70	39,49	39,09	Cukrzyca		30%	12,13
508	Paski do oznaczania glukozy we krwi	DIAVUE ToGo, test paskowy	50 szt.	4716022053035	2021-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	23,95	25,87	35,43	35,43	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
509	Paski do oznaczania glukozy we krwi	DIAVUE ToGo, test paskowy	50 szt.	4716022053035	2021-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	23,95	25,87	35,43	35,43	Cukrzyca		30%	10,63

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
510	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Evercare, test paskowy	50 pasków	5904378480035	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,90	29,05	38,80	38,80	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
511	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Evercare, test paskowy	50 pasków	5904378480035	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,90	29,05	38,80	38,80	Cukrzyca		30%	11,64
512	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Everchek, test paskowy	50 szt.	5904378480356	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,00	28,08	37,77	37,77	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
513	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Everchek, test paskowy	50 szt.	5904378480356	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,00	28,08	37,77	37,77	Cukrzyca		30%	11,33
514	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	38,12	38,12	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
515	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	38,12	38,12	Cukrzyca		30%	11,44
516	Paski do oznaczania glukozy we krwi	G-BIO, test paskowy	50 szt.	8800028000004	2022-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,80	27,86	37,55	37,55	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
517	Paski do oznaczania glukozy we krwi	G-BIO, test paskowy	50 szt.	8800028000004	2022-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,80	27,86	37,55	37,55	Cukrzyca		30%	11,27
518	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GensuCare, test paskowy	50 szt.	8809301161135	2021-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,90	29,05	38,80	38,80	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
519	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GensuCare, test paskowy	50 szt.	8809301161135	2021-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,90	29,05	38,80	38,80	Cukrzyca		30%	11,64
520	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucocard 01 Sensor, test paskowy	50 szt.	4987486785590	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,77	28,91	38,66	38,66	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	Glucocard 01 Sensor, test paskowy	50 szt.	4987486785590	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,77	28,91	38,66	38,66	Cukrzyca		30%	11,60

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
522	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GLUCODR. AUTO A, test paskowy	50 szt.	8806128340125	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,40	28,51	38,23	38,23	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
523	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GLUCODR. AUTO A, test paskowy	50 szt.	8806128340125	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,40	28,51	38,23	38,23	Cukrzyca		30%	11,47
524	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucomaxx, test paskowy	50 szt.	5903111882327	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,55	29,75	39,55	39,09	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,66
525	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucomaxx, test paskowy	50 szt.	5903111882327	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,55	29,75	39,55	39,09	Cukrzyca		30%	12,19
526	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucosense, test paskowy	50 szt.	5908222562274	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,87	29,02	38,77	38,77	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	Glucosense, test paskowy	50 szt.	5908222562274	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,87	29,02	38,77	38,77	Cukrzyca		30%	11,63
528	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucosure HT, test paskowy	50 szt.	4713648760811	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,00	28,08	37,77	37,77	Cukrzyca		30%	11,33
529	Paski do oznaczania glukozy we krwi	iXell, test paskowy	50 szt.	5908222562632	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,20	29,38	39,15	39,09	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,26
530	Paski do oznaczania glukozy we krwi	iXell, test paskowy	50 szt.	5908222562632	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,20	29,38	39,15	39,09	Cukrzyca		30%	11,79
531	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Multisure GK, test paskowy	50 szt.	4713648760507	2022-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,90	27,97	37,66	37,66	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
532	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Multisure GK, test paskowy	50 szt.	4713648760507	2022-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,90	27,97	37,66	37,66	Cukrzyca		30%	11,30
533	Paski do oznaczania glukozy we krwi	OKmeter Core, test paskowy	50 szt.	4712803561836	2021-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	23,95	25,87	35,43	35,43	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
534	Paski do oznaczania glukozy we krwi	OKmeter Core, test paskowy	50 szt.	4712803561836	2021-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	23,95	25,87	35,43	35,43	Cukrzyca		30%	10,63

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 detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestracyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**
535	Paski do oznaczania glukozy we krwi	One Touch Select Plus, test paskowy	50 szt.	7613427012759	2022-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,50	28,62	38,35	38,35	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
536	Paski do oznaczania glukozy we krwi	One Touch Select Plus, test paskowy	50 szt.	7613427012759	2022-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,50	28,62	38,35	38,35	Cukrzyca		30%	11,51
537	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Optium Xido, test paskowy	50 szt.	5021791707249	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,96	29,12	38,88	38,88	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
538	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Optium Xido, test paskowy	50 szt.	5021791707249	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,96	29,12	38,88	38,88	Cukrzyca		30%	11,66
539	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaChek Ino, test paskowy	50 szt.	5907814464934	2022-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,48	28,60	38,33	38,33	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
540	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaChek Ino, test paskowy	50 szt.	5907814464934	2022-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,48	28,60	38,33	38,33	Cukrzyca		30%	11,50
541	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Wellion SymPhar, test paskowy	50 szt.	9120015788258	2021-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,00	27,00	36,63	36,63	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
542	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Wellion SymPhar, test paskowy	50 szt.	9120015788258	2021-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,00	27,00	36,63	36,63	Cukrzyca		30%	10,99

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. powl., 100 mg	70 szt.	05014602500986	2022-09-01	2 lata	1210.0, Abemacyklib	11422,50	12336,30	13076,48	13076,48	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
2	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powl., 150 mg	70 szt.	05014602500993	2022-09-01	2 lata	1210.0, Abemacyklib	11422,50	12336,30	13076,48	13076,48	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
3	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powl., 50 mg	70 szt.	05014602500979	2022-09-01	2 lata	1210.0, Abemacyklib	11422,50	12336,30	13076,48	13076,48	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
4	Abrocitinibum	Cibinqo, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05415062384565	2023-11-01	2 lata	1289.0, Abrocytynib	3775,43	4077,46	4322,12	4322,12	B.124.	bezpłatny	0 zł
5	Abrocitinibum	Cibinqo, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05415062384572	2023-11-01	2 lata	1289.0, Abrocytynib	4908,06	5300,70	5618,74	5618,74	B.124.	bezpłatny	0 zł
6	Abrocitinibum	Cibinqo, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05415062384558	2023-11-01	2 lata	1289.0, Abrocytynib	3775,43	4077,46	4322,12	4322,12	B.124.	bezpłatny	0 zł
7	Acalabrutinibum	Calquence, kaps. twarde, 100 mg	60 szt.	05000456061698	2023-01-01	2 lata	1166.1, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - akalabrutynib	23000,00	24840,00	26330,40	26330,40	B.79.	bezpłatny	0 zł
8	Acalabrutinibum	Calquence, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05000456071116	2023-11-01	2 lata	1166.1, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - akalabrutynib	23000,00	24840,00	26330,40	26330,40	B.79.	bezpłatny	0 zł
9	Acidum carglumicum	Carbaglu, tabletki do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg	60 szt.	05909990213894	2023-03-01	2 lata	1271.0, Kwas karglуminowy	17000,00	18360,00	19461,60	14023,80	B.143.	bezpłatny	0 zł
10	Acidum carglumicum	Ucedane, tabletki do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg	60 szt.	08718858150847	2023-11-01	2 lata	1271.0, Kwas karglуminowy	12250,00	13230,00	14023,80	14023,80	B.143.	bezpłatny	0 zł
11	Adalimumabum	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg	1 amp.-strzyk. 0,4 ml	08715131019761	<1>2021-03-01/<2><3><4><5>2022-03-01	<1><5>3 lata/<2><3><4>2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	418,57	452,06	479,17	274,75	<1>B.32.;<2>B.33.;<3>B.35.;<4>B.36.;<5>B.47.	bezpłatny	0 zł
12	Adalimumabum	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	2 amp.-strzyk. 0,8 ml	08715131019808	<1>2021-03-01/<2><3><4><5>2022-03-01	<1><5>3 lata/<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.;<5>B.47.	bezpłatny	0 zł
13	Adalimumabum	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg	2 amp. - strzyk. 0,8 ml z zabezpieczeniem	07613421020897	<1>2021-03-01/<2><3><4><5>2022-03-01	<1><5>3 lata/<2><3><4>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
14	Adalimumabum	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,8 ml	07613421020880	<1>2021-03-01/<2><3><4><5>2022-03-01	<1><5>3 lata/<2><3><4>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	Idacio, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg	2 amp.-strzyk. 0,8 ml + 2 gaziki	04052682034213	<1><2><3><4><5>2023-03-01/<6>2022-03-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1341,49	1448,81	1535,74	1099,01	<1>B.32.;<2>B.33.;<3>B.35.;<4>B.36.;<5>B.47.;<6>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**
16	Adalimumabum	Idacio, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,8 ml + 2 gaziki	04052682034220	<1><2><3><4><5>2023-03-01/<6>2022-03-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1341,49	1448,81	1535,74	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł
17	Adalimumabum	Imraldi, roztwór do wstrzykiwań we ampułko-strzykawce, 40 mg	2 amp.-strzyk. 0,8 ml + 2 gaziki	08809593170150	2021-01-01	3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1800,00	1944,00	2060,64	1099,01	B.32.	bezpłatny	0 zł
18	Adalimumabum	Imraldi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,8 ml + 2 gaziki	08809593170167	2021-01-01	3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1800,00	1944,00	2060,64	1099,01	B.32.	bezpłatny	0 zł
19	Adalimumabum	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg	1 wstrzykiwacz 0,4 ml + 2 gaziki z alkoholem	05996537014243	2023-05-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	599,00	646,92	685,74	549,50	B.32.; B.33.; B.35.; B.36.; B.47.	bezpłatny	0 zł
20	Adalimumabum	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,4 ml + 2 gaziki z alkoholem	05996537014250	<1><2><3><4><5>2023-05-01/<6>2023-07-01	2 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
21	Adalimumabum	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 80 mg	1 wstrzykiwacz 0,8 ml + 2 gaziki nasączone alkoholem	05996537016087	<1><2><3><4><5>2023-05-01/<6>2023-07-01	2 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
22	Afatinibum	Giotrif, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991083397	2023-09-01	2 lata	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	5512,50	5953,50	6310,71	4207,14	B.6.	bezpłatny	0 zł
23	Afatinibum	Giotrif, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909991083434	2023-09-01	2 lata	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	5512,50	5953,50	6310,71	6310,71	B.6.	bezpłatny	0 zł
24	Afatinibum	Giotrif, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991083465	2023-09-01	2 lata	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	5512,50	5953,50	6310,71	6310,71	B.6.	bezpłatny	0 zł
25	Aflibercept	Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05909991039400	2023-01-01	3 lata	1164.0, Leki p-nowotworowe – aflibercept	968,85	1046,36	1109,14	1109,14	B.4.	bezpłatny	0 zł
26	Aflibercept	Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 8 ml	05909991039462	2023-01-01	3 lata	1164.0, Leki p-nowotworowe – aflibercept	1937,70	2092,72	2218,28	2218,28	B.4.	bezpłatny	0 zł
27	Aflibercептum	Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.a 0,1 ml	03837000137095	2022-11-01	2 lata	1133.0, Aflibercept	1950,00	2106,00	2232,36	2232,36	B.70.	bezpłatny	0 zł
28	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
29	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

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**
30	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
31	Albutrepenonacogum alfa	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do transferu	05909991326180	2023-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	7900,00	8532,00	9043,92	4453,27	B.15.	bezpłatny	0 zł
32	Albutrepenonacogum alfa	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do transferu	05909991326197	2023-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	15800,00	17064,00	18087,84	8906,54	B.15.	bezpłatny	0 zł
33	Albutrepenonacogum alfa	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do transferu	05909991326166	2023-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	1975,00	2133,00	2260,98	1113,32	B.15.	bezpłatny	0 zł
34	Albutrepenonacogum alfa	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do transferu	05909991326173	2023-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	3950,00	4266,00	4521,96	2226,64	B.15.	bezpłatny	0 zł
35	Alectinibum	Alecensa, kaps. twarde, 150 mg	224 szt.	05902768001143	2023-07-01	2 lata	1190.0, Alectinib	21135,76	22826,62	24196,22	24196,22	B.6.	bezpłatny	0 zł
36	Alemtuzumabum	Lemtrada, koncetrat do sporządzania roztworu do infuzji, 12 mg	1 fiol.	05909991088156	2023-01-01	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	2021-03-01	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	2022-11-01	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	2022-11-01	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	2022-11-01	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	2022-11-01	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	2022-11-01	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	2023-11-01	2 lata	1227.0, Amifamprydyna	7875,00	8505,00	9015,30	9015,30	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	<1>2022-07-01/<2>2022-05-01	2 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	2023-09-01	2 lata	1284.0, Anifrolumab	3940,00	4255,20	4510,51	4510,51	B.150.	bezpłatny	0 zł
46	Apalutamidum	Erleada, tabl. powl., 60 mg	120 szt.	05413868117059	2023-03-01	2 lata	1240.0, Apalutamid	11463,00	12380,04	13122,84	13122,84	B.56.	bezpłatny	0 zł
47	Apomorphini hydrochloridum hemihydricum	Dacepton, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	5 fiol.a 20 ml	05909991247904	2022-09-01	3 lata	1177.0, Apomorfina	700,00	756,00	801,36	801,36	B.90.	bezpłatny	0 zł
48	Asciminibum	Scemblix, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	07613421131616	2023-11-01	2 lata	1288.0, Asciminib	26240,00	28339,20	30039,55	30039,55	B.14.	bezpłatny	0 zł
49	Asciminibum	Scemblix, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	07613421131623	2023-11-01	2 lata	1288.0, Asciminib	26240,00	28339,20	30039,55	30039,55	B.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**
50	Atalurenum	Translarna, granulki do przygotowywania zawiesiny doustnej, 1000 mg	30 sasz.	05391528830510	2022-03-01	2 lata	1239.0, Ataluren	104516,48	112877,80	115037,80	115037,80	B.130.	bezpłatny	0 zł
51	Atalurenum	Translarna, granulki do przygotowywania zawiesiny doustnej, 125 mg	30 sasz.	05391528830497	2022-03-01	2 lata	1239.0, Ataluren	13064,56	14109,72	14956,30	14956,30	B.130.	bezpłatny	0 zł
52	Atalurenum	Translarna, granulki do przygotowywania zawiesiny doustnej, 250 mg	30 sasz.	05391528830503	2022-03-01	2 lata	1239.0, Ataluren	26129,12	28219,45	29912,62	29912,61	B.130.	bezpłatny	0 zł
53	Atezolizumabum	Tecentriq, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1200 mg	1 fiol.a 20 ml	05902768001167	<1>2022-05-01/<2>2023-09-01	2 lata	1183.0, Atezolizumab	16336,32	17643,23	18701,82	18701,82	<1>B.5.; <2>B.6.	bezpłatny	0 zł
54	Atezolizumabum	Tecentriq, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 840 mg	1 fiol.a 14 ml	07613326025546	2023-09-01	2 lata	1183.0, Atezolizumab	11435,42	12350,25	13091,27	13091,27	B.6.	bezpłatny	0 zł
55	Avatrombopag	Doptelet, tabl. powl., 20 mg	10 szt.	07350031443110	2023-01-01	2 lata	1268.0, Awatrombopag	2477,49	2675,69	2836,23	2836,23	B.97.	bezpłatny	0 zł
56	Avatrombopag	Doptelet, tabl. powl., 20 mg	15 szt.	07350031443127	2023-01-01	2 lata	1268.0, Awatrombopag	3716,24	4013,54	4254,35	4254,35	B.97.	bezpłatny	0 zł
57	Avatrombopag	Doptelet, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	07350031443134	2023-01-01	2 lata	1268.0, Awatrombopag	7432,47	8027,07	8508,69	8508,69	B.97.	bezpłatny	0 zł
58	Avelumabum	Bavencio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	04054839462153	<1>2023-05-01/<2>2022-11-01	2 lata	1223.0, Awelumab	3424,00	3697,92	3919,80	3919,80	<1>B.117.; <2>B.141.FM	bezpłatny	0 zł
59	Axicabtagene ciloleucel	Yescarta, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10^8 – 2 x 10^8 komórek	1 worek po 68 ml	05909991438487	2022-05-01	2 lata	1226.1, Aksykabtagen cyloleucel	1303394,00	1407665,52	1409825,52	1409825,52	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
60	Axitinibum	Inlyta, tabl. powl., 1 mg	56 szt.	05909991004439	2022-09-01	2 lata	1122.0, Aksytynib	2274,75	2456,73	2604,14	2604,14	B.10.	bezpłatny	0 zł
61	Axitinibum	Inlyta, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991004460	2022-09-01	2 lata	1122.0, Aksytynib	11371,50	12281,22	13018,09	13018,09	B.10.	bezpłatny	0 zł
62	Azacitidine	Onureg, tabl. powl., 200 mg	7 szt.	07640133688435	2023-05-01	2 lata	1118.1, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna - postać doustna	31230,00	33728,40	35752,10	35752,10	B.114.	bezpłatny	0 zł
63	Azacitidine	Onureg, tabl. powl., 300 mg	7 szt.	07640133688442	2023-05-01	2 lata	1118.1, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna - postać doustna	31230,00	33728,40	35752,10	35752,10	B.114.	bezpłatny	0 zł
64	Baricitinibum	Olumiant, tabl. powl., 2 mg	35 szt.	03837000170740	<1>2022-01-01/<2>2022-11-01	2 lata	1192.0, Baricytynib	4810,05	5194,85	5506,54	5506,54	<1>B.33.; <2>B.124.	bezpłatny	0 zł
65	Baricitinibum	Olumiant, tabl. powl., 4 mg	35 szt.	03837000170825	<1>2022-01-01/<2>2022-11-01	2 lata	1192.0, Baricytynib	4810,05	5194,85	5506,54	5506,54	<1>B.33.; <2>B.124.	bezpłatny	0 zł
66	Bedaquilinum	Sirturo, tabl., 100 mg	188 szt.	05909991140984	2022-09-01	1 rok 6 miesięcy	1249.0, Bedakilina	59295,00	64038,60	66198,60	66198,60	B.136.FM.	bezpłatny	0 zł
67	Benralizumab	Fasenra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg	1 amp.-strz. a 1 ml	05000456031516	2022-05-01	2 lata	1199.0, Benralizumab	8605,67	9294,12	9851,77	9851,77	B.44.	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**
68	Benralizumab	Fasenra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg	1 wstrzykiwacz a 1 ml	05000456059213	2022-05-01	2 lata	1199.0, Benralizumab	8605,67	9294,12	9851,77	9851,77	B.44.	bezpłatny	0 zł
69	Betainum anhydricum	Cystadane, proszek doustny, 1 g	180 g	03663502000441	2023-01-01	3 lata	1084.0, Betaine anhydrous	1600,00	1728,00	1831,68	1831,68	B.21.	bezpłatny	0 zł
70	Bevacizumabum	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08436596260030	<1><3>2021-09-01/<2><5>2023-09-01/<4>2022-11-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	425,00	459,00	486,54	486,54	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
71	Bevacizumabum	Avastin, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/4 ml	1 fiol.po 4 ml	05909990010486	<1>2021-03-01/<2>2023-05-01/<3>2022-07-01/<4>2022-05-01/<5>2023-07-01	<1>3 lata/<2><3><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1085,00	1171,80	1242,11	486,54	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
72	Bevacizumabum	Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08715131021863	<1><3>2021-01-01/<2>2023-09-01/<4>2022-09-01/<5>2023-07-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	501,35	541,46	573,94	486,54	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
73	Bevacizumabum	Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05909991451332	<1><2><3><5>2022-03-01/<4>2023-01-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	422,50	456,30	483,68	483,68	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
74	Bevacizumabum	Vegzelma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05996537008044	2023-07-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	275,00	297,00	314,82	314,82	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
75	Bewacyzumab	Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05901797710972	<1><3>2021-11-01/<2><5>2023-11-01/<4>2022-11-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	420,00	453,60	480,82	480,82	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
76	Bexarotenum	Targretin, kaps. miękkie, 75 mg	100 szt.	05909990213504	2021-01-01	3 lata	1129.0, Beksaroten	3560,00	3844,80	4075,49	4075,49	B.66.	bezpłatny	0 zł
77	Bimekizumabum	Bimzelx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 160 mg/ml	2 wstrzykiwacze 1 ml	05413787220618	2023-03-01	2 lata	1273.0, Bimekizumab	8222,43	8880,22	9413,04	9413,04	B.47.	bezpłatny	0 zł
78	Binimetinib	Mektovi, tabl. powl., 15 mg	84 szt.	03573994003922	2022-09-01	2 lata	1214.0, Binimetynib	9957,32	10753,91	11399,14	11399,14	B.59.	bezpłatny	0 zł
79	Blinatumomabum	Blincyto, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 38,5 µg	1 fiol.prosz. + 1 fiol.roztw.stabilizującego 10ml	05909991256371	2023-01-01	2 lata	1188.0, Blinatumomab	9245,21	9984,83	10583,91	10583,91	B.65.	bezpłatny	0 zł
80	Bosentanum	Bopaho, tabl. powl., 125 mg	56 szt.	05909991102869	2021-09-01	3 lata	1056.0, Bosentan	750,00	810,00	858,60	858,60	B.31.	bezpłatny	0 zł
81	Bosentanum	Bosentan Ranbaxy, tabl. powl., 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
82	Bosentanum	Bosentan Sandoz GmbH, tabl. powl., 125 mg	56 szt.	05907626708004	2021-09-01	3 lata	1056.0, Bosentan	1250,00	1350,00	1431,00	858,60	B.31.	bezpłatny	0 zł
83	Bosutinibum	Bosulif, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991056841	2023-03-01	3 lata	1163.0, Bosutynib	1855,10	2003,51	2123,72	2123,72	B.14.	bezpłatny	0 zł
84	Bosutinibum	Bosulif, tabl. powl., 500 mg	28 szt.	05909991056865	2023-03-01	3 lata	1163.0, Bosutynib	9275,50	10017,54	10618,59	10618,59	B.14.	bezpłatny	0 zł
85	Brentuximabum vedotinum	Adcetris, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.	05909991004545	<1>2023-01-01/<2>2022-09-01	<1>1 rok 8 miesięcy/<2>2 lata	1142.0, Brentuksymab vedotin	12100,00	13068,00	13852,08	13852,08	<1>B.66;<2>B.77.	bezpłatny	0 zł
86	Brexucabtagene autoleucel	Tecartus, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10^8 – 2 x 10^8 komórek	1 worek po 68 ml	05909991460662	2023-09-01	2 lata	1226.2, Breksukabtagen autoleucel	1323000,00	1428840,00	1431000,00	1431000,00	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**
87	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powl., 180 mg	28 szt.	07038319119956	2023-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	16266,00	17567,28	18621,32	18621,32	B.6.	bezpłatny	0 zł
88	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	07038319119970	2023-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	2711,00	2927,88	3103,55	3103,55	B.6.	bezpłatny	0 zł
89	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powl., 90 mg	28 szt.	07038319119963	2023-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	8133,00	8783,64	9310,66	9310,66	B.6.	bezpłatny	0 zł
90	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powl., 90+180 mg	28 szt. (7 tabl. 90 mg + 21 tabl. 180 mg)	07038319119987	2023-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	16266,00	17567,28	18621,32	16293,65	B.6.	bezpłatny	0 zł
91	Brolucizumabum	Beovu, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/ml	1 amp.-strzyk. 0,165 ml	07613421034993	2023-11-01	2 lata	1235.0, Brolucizumab	2636,68	2847,61	3018,47	3018,47	B.70.	bezpłatny	0 zł
92	Burosumab	Crysvita, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol.	05038903003915	2023-11-01	2 lata	1287.0, Burosumab	12684,00	13698,72	14520,64	14520,64	B.151.	bezpłatny	0 zł
93	Burosumab	Crysvita, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol.	05038903003922	2023-11-01	2 lata	1287.0, Burosumab	25368,00	27397,44	29041,29	29041,29	B.151.	bezpłatny	0 zł
94	Burosumab	Crysvita, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol.	05038903003939	2023-11-01	2 lata	1287.0, Burosumab	38052,00	41096,16	43256,16	43256,16	B.151.	bezpłatny	0 zł
95	Cabazitaxelum	Cabazitaxel Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 4,5 ml	05909991452742	2023-03-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	5040,00	5443,20	5769,79	2594,69	B.56.	bezpłatny	0 zł
96	Cabazitaxelum	Cabazitaxel Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991452728	2023-03-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	5600,00	6048,00	6410,88	2882,99	B.56.	bezpłatny	0 zł
97	Cabazitaxelum	Cabazitaxel Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 6 ml	05909991452735	2023-03-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	6720,00	7257,60	7693,06	3459,59	B.56.	bezpłatny	0 zł
98	Cabazitaxelum	Eleber, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg	1 fiol. 1,5 ml + 1 fiol. 4,5 ml rozp.	08594739254732	2023-05-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	3022,00	3263,76	3459,59	3459,59	B.56.	bezpłatny	0 zł
99	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	03582186003947	<1>2023-05-01/<2>2022-05-01	2 lata	1175.0, Kabozantynib	26160,00	28252,80	29947,97	14973,98	<1>B.5.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł
100	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	03582186003954	<1>2023-05-01/<2>2022-05-01	2 lata	1175.0, Kabozantynib	26160,00	28252,80	29947,97	29947,97	<1>B.5.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł
101	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	03582186003961	<1>2023-05-01/<2>2022-05-01	2 lata	1175.0, Kabozantynib	26160,00	28252,80	29947,97	29947,97	<1>B.5.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł
102	Carfilzomibum	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg	1 fiol.	05909991298463	2023-07-01	2 lata	1189.0, Karfilzomib	674,33	728,28	771,97	771,97	B.54.	bezpłatny	0 zł
103	Carfilzomibum	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol.	05909991298470	2023-07-01	2 lata	1189.0, Karfilzomib	2023,00	2184,84	2315,93	2315,92	B.54.	bezpłatny	0 zł
104	Carfilzomibum	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg	1 fiol.	05909991256388	2023-07-01	2 lata	1189.0, Karfilzomib	4046,00	4369,68	4631,86	4631,84	B.54.	bezpłatny	0 zł
105	Cemiplimabum	Libtayo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 350 mg	1 fiol.	05909991408329	<1>2023-01-01/<2>2023-05-01/<3>2023-11-01	2 lata	1231.0, Cemiplimab	17170,00	18543,60	19656,22	19656,22	<1>B.6.; <2>B.88.; <3>B.125.	bezpłatny	0 zł
106	Ceritinibum	Zykadia, kaps. twarde, 150 mg	150 szt.	05909991220075	2022-01-01	2 lata	1197.0, Cerytynib	19527,37	21089,56	22354,93	22354,93	B.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**
107	Certolizumabum pegol	Cimzia, roztwór do wstrzykiwań w amp.-strz., 200 mg/ml	2 amp.-strz.	05909990734894	<1><2><3>2023-09-01/<4>2023-01-01/<5>2021-09-01	<1><2><3><4>2 lata/<5>3 lata	1104.0, Certolizumab pegol	2637,58	2848,59	3019,50	3019,50	<1>B.33.;<2>B.35.;<3>B.36.;<4>B.47.;<5>B.82.	bezpłatny	0 zł
108	Cetuximabum	Erbitux, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990035946	<1>2023-03-01/<2>2022-03-01	2 lata	1057.0, Cetuximab	3545,00	3828,60	4058,32	4058,32	<1>B.4.;<2>B.52.	bezpłatny	0 zł
109	Cetuximabum	Erbitux, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990035922	<1>2023-03-01/<2>2022-03-01	2 lata	1057.0, Cetuximab	709,00	765,72	811,66	811,66	<1>B.4.;<2>B.52.	bezpłatny	0 zł
110	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05055565762707	2022-11-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	300,00	324,00	343,44	343,44	B.39.	bezpłatny	0 zł
111	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powl., 60 mg	28 szt.	05055565762714	2022-11-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	600,00	648,00	686,88	686,88	B.39.	bezpłatny	0 zł
112	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powl., 90 mg	28 szt.	05055565762721	2022-11-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	900,00	972,00	1030,32	1030,32	B.39.	bezpłatny	0 zł
113	Cinacalcetum	Cinacalcet Accord, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909991256654	2022-05-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	300,00	324,00	343,44	343,44	B.39.	bezpłatny	0 zł
114	Cinacalcetum	Cinacalcet Accord, tabl. powl., 60 mg	28 szt.	05909991256685	2022-05-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	600,00	648,00	686,88	686,88	B.39.	bezpłatny	0 zł
115	Cinacalcetum	Cinacalcet Accord, tabl. powl., 90 mg	28 szt.	05909991256715	2022-05-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	900,00	972,00	1030,32	1030,32	B.39.	bezpłatny	0 zł
116	Cinacalcetum	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909991417192	2022-03-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	200,00	216,00	228,96	228,96	B.39.	bezpłatny	0 zł
117	Cinacalcetum	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powl., 60 mg	28 szt.	05909991417253	2022-03-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	400,00	432,00	457,92	457,92	B.39.	bezpłatny	0 zł
118	Cinacalcetum	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powl., 90 mg	28 szt.	05909991417314	2022-03-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	600,00	648,00	686,88	686,88	B.39.	bezpłatny	0 zł
119	Cinacalcetum	Mimpara, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909990016297	2022-07-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	386,95	417,91	442,98	343,44	B.39.	bezpłatny	0 zł
120	Cinacalcetum	Mimpara, tabl. powl., 60 mg	28 szt.	05909990016341	2022-07-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	773,89	835,80	885,95	686,88	B.39.	bezpłatny	0 zł
121	Cinacalcetum	Mimpara, tabl. powl., 90 mg	28 szt.	05909990016389	2022-07-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	1160,84	1253,71	1328,93	1030,32	B.39.	bezpłatny	0 zł
122	Cladribinum	Mavenclad, tabl., 10 mg	1 szt.	04054839365331	2022-11-01	2 lata	1200.0, Kladrybina	8653,00	9345,24	9905,95	9905,95	B.29.	bezpłatny	0 zł
123	Cladribinum	Mavenclad, tabl., 10 mg	4 szt.	04054839365348	2022-11-01	2 lata	1200.0, Kladrybina	34612,00	37380,96	39540,96	39540,96	B.29.	bezpłatny	0 zł
124	Cladribinum	Mavenclad, tabl., 10 mg	6 szt.	04054839365355	2022-11-01	2 lata	1200.0, Kladrybina	51918,00	56071,44	58231,44	58231,44	B.29.	bezpłatny	0 zł
125	Cobimetinibum	Cotellic, tabl. powl., 20 mg	63 szt.	05902768001136	2021-03-01	3 lata	1158.0, Kobimetynib	20000,00	21600,00	22896,00	22896,00	B.59.	bezpłatny	0 zł
126	Crizotinibum	Xalkori, kaps. twarde, 200 mg	60 szt.	05909991004484	2022-09-01	3 lata	1151.0, Kryzotynib	12907,80	13940,42	14776,85	14776,85	B.6.	bezpłatny	0 zł
127	Crizotinibum	Xalkori, kaps. twarde, 250 mg	60 szt.	05909991004507	2022-09-01	3 lata	1151.0, Kryzotynib	16134,75	17425,53	18471,07	18471,06	B.6.	bezpłatny	0 zł
128	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 50 mg	120 szt.	05909991078591	2023-01-01	1 rok 6 miesięcy	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	16476,00	17794,08	18861,72	18861,71	B.59.	bezpłatny	0 zł
129	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991078584	2023-01-01	1 rok 6 miesięcy	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	3844,40	4151,95	4401,06	4401,06	B.59.	bezpłatny	0 zł
130	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 75 mg	120 szt.	05909991078645	2023-01-01	1 rok 6 miesięcy	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	24714,00	26691,12	28292,59	28292,56	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**
131	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 75 mg	28 szt.	05909991078607	2023-01-01	1 rok 6 miesięcy	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	5766,60	6227,93	6601,61	6601,60	B.59.	bezpłatny	0 zł
132	Daratumumabum	Darzalex, roztwór do wstrzykiwań, 1800 mg (120 mg/ml)	1 fiol. 15 ml	05413868119596	<1>2023-01-01/<2>2023-07-01	2 lata	1187.0, Daratumumab	28540,84	30824,11	32673,55	32673,55	<1>B.54.; <2>B.145.	bezpłatny	0 zł
133	Daratumumabum	Darzalex, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991275235	2023-01-01	2 lata	1187.0, Daratumumab	6342,41	6849,80	7260,79	7260,79	B.54.	bezpłatny	0 zł
134	Daratumumabum	Darzalex, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991275228	2023-01-01	2 lata	1187.0, Daratumumab	1585,61	1712,46	1815,21	1815,21	B.54.	bezpłatny	0 zł
135	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 20 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990738779	2022-07-01	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	2022-07-01	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	2022-07-01	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	2022-07-01	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	2022-07-01	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. powl., 300 mg	112 szt.	05908229303337	2022-03-01	2 lata	1241.0, Darolutamid	12236,00	13214,88	14007,77	14007,77	B.56.	bezpłatny	0 zł
141	Denosumabum	Xgeva, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	3 fiol.po 1,7 ml	05909990935024	2022-07-01	2 lata	1137.0, Denosumabum	3286,85	3549,80	3762,78	3762,78	B.134.	bezpłatny	0 zł
142	Dexamethasonum	Ozurdex, implant doszklistkowy, 700 µg	1 implant doszklistkowy z aplikatorem	05909990796663	<1>2023-07-01/<2>2023-09-01	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
143	Dimethylis fumaras	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	00646520415445	2022-09-01	2 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	946,00	1021,68	1082,98	541,49	B.29.	bezpłatny	0 zł
144	Dimethylis fumaras	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	00646520415452	2022-09-01	2 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	3784,00	4086,72	4331,92	4331,92	B.29.	bezpłatny	0 zł
145	Dinutuximabum beta	Qarziba, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4,5 mg/ml	1 fiol.po 4,5 ml	05060146291736	2022-09-01	2 lata	1208.0, Dinutuksymab beta	36648,72	39580,62	41740,62	41740,62	B.110.	bezpłatny	0 zł
146	Dostarlimabum	Jemperli, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05909991449872	2023-09-01	2 lata	1280.0, Dostarlimab	24173,91	26107,82	27674,29	27674,29	B.148.	bezpłatny	0 zł
147	Dupilumabum	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg	2 amp-strzyk. po 1,14 ml	05909991404741	<1>2022-05-01/<2>2022-11-01	2 lata	1230.0, Dupilumab	4523,08	4884,93	5178,02	5178,02	<1>B.44.; <2>B.124.	bezpłatny	0 zł
148	Dupilumabum	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	2 amp.-strzyk. 2 ml z osłonką na igłę	05909991341435	<1>2022-05-01/<2>2022-11-01	2 lata	1230.0, Dupilumab	4523,08	4884,93	5178,02	5178,02	<1>B.44.; <2>B.124.	bezpłatny	0 zł
149	Durvalumabum	Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.a 10 ml	05000456031493	2023-03-01	2 lata	1218.0, Durwalumab	9100,00	9828,00	10417,68	10417,68	B.6.	bezpłatny	0 zł
150	Durvalumabum	Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.a 2,4 ml	05000456031486	2023-01-01	2 lata	1218.0, Durwalumab	2184,00	2358,72	2500,24	2500,24	B.6.	bezpłatny	0 zł
151	Eculizumabum	Bekemv, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. 30 ml	08715131025755	2023-09-01	2 lata	1171.0, Ekulizumab	11560,60	12485,45	13234,58	13234,58	B.96.	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**
152	Eculizumabum	Soliris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. 30 ml	05909990643776	<1>2023-11-01/<2>2022-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1171.0, Ekulizumab	12750,75	13770,81	14597,06	13234,58	<1>B.95.; <2>B.96.	bezpłatny	0 zł
153	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	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	2400,00	2592,00	2747,52	2404,08	B.15.	bezpłatny	0 zł
154	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	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	3600,00	3888,00	4121,28	3606,12	B.15.	bezpłatny	0 zł
155	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	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	4800,00	5184,00	5495,04	4808,16	B.15.	bezpłatny	0 zł
156	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	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	600,00	648,00	686,88	601,02	B.15.	bezpłatny	0 zł
157	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	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	7200,00	7776,00	8242,56	7212,24	B.15.	bezpłatny	0 zł
158	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	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	1200,00	1296,00	1373,76	1202,04	B.15.	bezpłatny	0 zł
159	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 recombinate	3890,00	4201,20	4453,27	4453,27	B.15.	bezpłatny	0 zł
160	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 recombinate	7780,00	8402,40	8906,54	8906,54	B.15.	bezpłatny	0 zł
161	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 recombinate	972,50	1050,30	1113,32	1113,32	B.15.	bezpłatny	0 zł
162	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 recombinate	11670,00	12603,60	13359,82	13359,82	B.15.	bezpłatny	0 zł
163	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 recombinate	1945,00	2100,60	2226,64	2226,64	B.15.	bezpłatny	0 zł
164	Elbasvirum + Grazoprevirum	Zepatier, tabl. powl., 50+100 mg	28 szt.	05901549325102	2021-05-01	3 lata	1135.5, Leki przeciwwirusowe - elbaswir, grazoprewir	39900,00	43092,00	45252,00	45252,00	B.71.	bezpłatny	0 zł
165	Eliglustatum	Cerdelga, kaps. twarde, 84 mg	56 szt.	05909991205942	2022-03-01	2 lata	1204.0, Eliglustat	75235,18	81253,99	83413,99	83413,99	B.23.	bezpłatny	0 zł
166	Elotuzumabum	Empliciti, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol.	08027950032181	2023-01-01	2 lata	1269.0, Elotuzumab	5800,00	6264,00	6639,84	6639,84	B.54.	bezpłatny	0 zł
167	Elotuzumabum	Empliciti, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 400 mg	1 fiol.	08027950032198	2023-01-01	2 lata	1269.0, Elotuzumab	7733,33	8352,00	8853,12	8853,12	B.54.	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	Eltrombopagum	Revolade, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909990748204	<1><3>2023-11-01/<2>2023-03-01	2 lata	1172.0, Eltrombopag	2979,84	3218,23	3411,32	3411,32	<1>B.97.; <2>B.98.; <3>B.127.	bezpłatny	0 zł
169	Eltrombopagum	Revolade, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990748235	<1><3>2023-11-01/<2>2023-03-01	2 lata	1172.0, Eltrombopag	5959,68	6436,45	6822,64	6822,64	<1>B.97.; <2>B.98.; <3>B.127.	bezpłatny	0 zł
170	Encorafenibum	Braftovi, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	03573994003939	2022-09-01	2 lata	1213.0, Enkorafenib	2706,67	2923,20	3098,60	3098,60	B.59.	bezpłatny	0 zł
171	Encorafenibum	Braftovi, kaps. twarde, 75 mg	42 szt.	03573994003946	2022-09-01	2 lata	1213.0, Enkorafenib	5846,39	6314,10	6692,94	6692,94	B.59.	bezpłatny	0 zł
172	Enfortumabum vedotini	Padcev, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 20 mg	1 fiol.	05909991487430	2023-11-01	2 lata	1291.0, Enfortumab wedotyny	2813,00	3038,04	3220,32	3220,32	B.141.FM.	bezpłatny	0 zł
173	Enfortumabum vedotini	Padcev, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol.	05909991487447	2023-11-01	2 lata	1291.0, Enfortumab wedotyny	4219,50	4557,06	4830,48	4830,48	B.141.FM.	bezpłatny	0 zł
174	Entecavirum	Entecavir Aurovitas, tabl. powl., 0,5 mg	30 szt.	05909991363734	<1>2023-01-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	40,00	43,20	45,79	45,79	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
175	Entecavirum	Entecavir Aurovitas, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909991363826	2023-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	80,00	86,40	91,58	91,58	B.1.	bezpłatny	0 zł
176	Entecavirum	Entekavir Adamed , tabl. powl., 0,5 mg	30 szt.	05906414003123	<1>2021-03-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	335,00	361,80	383,51	228,91	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
177	Entecavirum	Entekavir Adamed , tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05906414003130	2021-03-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	670,00	723,60	767,02	457,81	B.1.	bezpłatny	0 zł
178	Entecavirum monohydricum	Entecavir Accord, tabl. powl., 0,5 mg	30 szt.	05055565742532	<1>2021-01-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	199,95	215,95	228,91	228,91	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
179	Entecavirum monohydricum	Entecavir Accord, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05055565742549	2021-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	399,90	431,89	457,80	457,80	B.1.	bezpłatny	0 zł
180	Entecavirum monohydricum	Entecavir Zentiva, tabl. powl., 0,5 mg	30 szt.	05909991369576	<1>2022-03-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	81,00	87,48	92,73	92,73	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
181	Entecavirum monohydricum	Entecavir Zentiva, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909991369590	2022-03-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	162,00	174,96	185,46	185,46	B.1.	bezpłatny	0 zł
182	Entrectinibum	Rozlytrek, kaps. twarde, 100 mg	30 szt.	07613326024891	<1>2023-01-01/<2>2023-11-01	2 lata	1270.0, Entrektynib	4439,74	4794,92	5082,61	5082,61	<1>B.6.; <2>B.144.	bezpłatny	0 zł
183	Entrectinibum	Rozlytrek, kaps. twarde, 200 mg	90 szt.	07613326024624	<1>2023-01-01/<2>2023-11-01	2 lata	1270.0, Entrektynib	26638,42	28769,49	30495,67	30495,66	<1>B.6.; <2>B.144.	bezpłatny	0 zł
184	Enzalutamidum	Xtandi, tabl. powl., 40 mg	112 szt.	05909991415242	2022-03-01	2 lata	1168.0, Enzalutamid	12312,00	13296,96	14094,78	14094,78	B.56.	bezpłatny	0 zł
185	Enzalutamidum	Xtandi, kaps. miękkie, 40 mg	112 szt.	05909991080938	2022-03-01	2 lata	1168.0, Enzalutamid	12312,00	13296,96	14094,78	14094,78	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**
186	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 1000 j.m./0,5 ml	6 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990072378	2022-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	150,00	162,00	171,72	137,38	B.37.	bezpłatny	0 zł
187	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 2000 j.m./ml	6 amp-strz.po 1 ml	05909990072392	2022-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	300,00	324,00	343,44	274,75	B.37.	bezpłatny	0 zł
188	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 3000 j.m./0,3 ml	6 amp-strz.po 0,3 ml	05909990072439	2022-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	450,00	486,00	515,16	412,13	B.37.	bezpłatny	0 zł
189	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 4000 j.m./0,4 ml	6 amp-strz.po 0,4 ml	05909990072453	2022-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	600,00	648,00	686,88	549,50	B.37.	bezpłatny	0 zł
190	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
191	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
192	Erenumabum	Aimovig, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg/ml	1 wstrzykiwacz 1 ml	07613421024604	2022-07-01	2 lata	1245.0, Erenumab	1827,82	1974,05	2092,49	2092,49	B.133.	bezpłatny	0 zł
193	Esketaminum	Spravato, aerozol do nosa, roztwór, 28 mg	1 fiol. po 28 mg	05413868117400	2023-07-01	2 lata	1278.0, Esketamina	836,72	903,66	957,87	957,87	B.147.	bezpłatny	0 zł
194	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	2022-09-01	2 lata	1050.21, blokery TNF - etanercept - 2	510,00	550,80	583,85	583,85	B.33.	bezpłatny	0 zł
195	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	<1><2><3>2022-09-01/<4>2021-11-01/<5>2023-01-01	<1><2><3><5>2 lata/<4>3 lata	1050.21, blokery TNF - etanercept - 2	1275,00	1377,00	1459,62	1459,62	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
196	Etanerceptum	Enbrel, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg	4 amp.-strz.po 1 ml + 4 gaziki z alkoholem	05909990618255	2021-11-01	3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2550,00	2754,00	2919,24	2175,12	B.47.	bezpłatny	0 zł
197	Etanerceptum	Enbrel, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 50 mg	4 wstrz.po 1 ml + 4 gaziki z alkoholem	05909990712755	2021-11-01	3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2550,00	2754,00	2919,24	2175,12	B.47.	bezpłatny	0 zł
198	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg	4 amp.-strzyk. 0,5 ml	09002260025770	<1><2><3>2023-11-01/<4>2022-11-01/<5>2023-01-01	<1><2><3><5>2 lata/<4>3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	950,00	1026,00	1087,56	1087,56	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
199	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg	4 amp.-strzyk.	08712371016697	2023-05-01	2 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1900,00	2052,00	2175,12	2175,12	B.33.; B.35.; B.36.; B.47.; B.82.	bezpłatny	0 zł
200	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	4 amp.-strzyk.	09002260025794	<1><2><3>2023-11-01/<4>2022-11-01/<5>2023-01-01	<1><2><3><5>2 lata/<4>3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1900,00	2052,00	2175,12	2175,12	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
201	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 50 mg	4 wstrzykiwacze 1 ml	08712371016680	2023-05-01	2 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1900,00	2052,00	2175,12	2175,12	B.33.; B.35.; B.36.; B.47.; 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**
202	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	4 wstrzykiwacze 1 ml	09002260025787	<1><2><3>2023-11-01/<4>2022-11-01/<5>2023-01-01	<1><2><3><5>2 lata/<4>3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1900,00	2052,00	2175,12	2175,12	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
203	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	B.89.	bezpłatny	0 zł
204	Everolimusum	Votubia, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990900565	2023-09-01	3 lata	1086.1, Ewerolimus - 2	3637,50	3928,50	4164,21	4164,21	B.89.	bezpłatny	0 zł
205	Everolimusum	Votubia, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990900589	2023-09-01	3 lata	1086.1, Ewerolimus - 2	7275,00	7857,00	8328,42	8328,42	B.89.	bezpłatny	0 zł
206	Evolocumabum	Repatha, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg	2 wstrzykiwacze	05909991224370	2022-11-01	2 lata	1198.0, Ewolokumab	1574,20	1700,14	1802,14	1802,14	B.101.	bezpłatny	0 zł
207	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	2022-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	1680,00	1814,40	1923,26	1923,26	B.15.	bezpłatny	0 zł
208	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	2022-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	840,00	907,20	961,63	961,63	B.15.	bezpłatny	0 zł
209	Factor IX coagulationis humanus	Octanine F 1000 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol.	05909990799374	2022-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	1710,00	1846,80	1957,61	1602,72	B.15.	bezpłatny	0 zł
210	Factor IX coagulationis humanus	Octanine F 500 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol.	05909990799367	2022-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	855,00	923,40	978,80	801,36	B.15.	bezpłatny	0 zł
211	Factor VIII coagulationis humanus	Beriate 1000, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 1000 j.m.	1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 10 ml	05909991213695	2022-11-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	1710,00	1846,80	1957,61	1442,45	B.15.	bezpłatny	0 zł
212	Factor VIII coagulationis humanus	Beriate 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m.	1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 5 ml	05909991213688	2022-11-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	855,00	923,40	978,80	721,22	B.15.	bezpłatny	0 zł
213	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	2022-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	1260,00	1360,80	1442,45	1442,45	B.15.	bezpłatny	0 zł
214	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	2022-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	315,00	340,20	360,61	360,61	B.15.	bezpłatny	0 zł
215	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	2022-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	630,00	680,40	721,22	721,22	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**
216	Factor VIII coagulationis humanus	Octanate 1 000 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. (1000 j.m.) + zestaw do sporządzania roztworu i podania	05909990825349	2022-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	1710,00	1846,80	1957,61	1442,45	B.15.	bezpłatny	0 zł
217	Factor VIII coagulationis humanus	Octanate 250 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. (250 j.m.) + zestaw do sporządzania roztworu i podania	05909990825301	2022-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	427,50	461,70	489,40	360,61	B.15.	bezpłatny	0 zł
218	Factor VIII coagulationis humanus	Octanate 500 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. (500 j.m.) + zestaw do sporządzania roztworu i podania	05909990825332	2022-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	855,00	923,40	978,80	721,22	B.15.	bezpłatny	0 zł
219	Fedratinibum	Inrebic, kaps. twarde, 100 mg	120 szt.	07640133688596	2022-07-01	2 lata	1247.0, Fedratynib	20257,50	21878,10	23190,79	23190,79	B.81.	bezpłatny	0 zł
220	Filgotinibum	Jyseleca, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05430002329178	<1>2023-05-01/<2>2023-07-01	2 lata	1276.0, Filgotynib	2700,00	2916,00	3090,96	3090,96	<1>B.55.; <2>B.33.	bezpłatny	0 zł
221	Fingolimodum	Gilenya, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	05909990856480	2022-11-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	4714,87	5092,06	5397,58	5397,58	B.29.	bezpłatny	0 zł
222	Fremanezumabum	Ajovy, roztwór do wstrzykiwań, 225 mg	1 amp.-strzyk. 1,5 ml	05909991396497	2022-07-01	2 lata	1246.0, Fremanezumab	1750,00	1890,00	2003,40	2003,40	B.133.	bezpłatny	0 zł
223	Gemtuzumabum ozogamicinum	Mylotarg, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 5 mg	1 fiol.	05415062328576	2022-09-01	2 lata	1251.0, Gemtuzumab ozogamycyny	26000,00	28080,00	29764,80	29764,80	B.114.	bezpłatny	0 zł
224	Gilteritinibi fumaras	Xospata, tabl. powl., 40 mg	84 szt.	05909991426460	2022-09-01	2 lata	1250.0, Gilterytynib	84118,51	90847,99	93007,99	93007,99	B.114.	bezpłatny	0 zł
225	Givosiranum	Givlaari, roztwór do wstrzykiwań, 189 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	08720165814046	2022-01-01	2 lata	1237.0, Giwosyran	159215,68	171952,93	174112,93	174112,93	B.128.FM.	bezpłatny	0 zł
226	Glatirameri acetas	Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	28 amp-strzyk.	05909990017065	2022-09-01	2 lata	1061.0, Glatirameri acetas	2750,00	2970,00	3148,20	2470,48	B.29.	bezpłatny	0 zł
227	Glatirameri acetas	Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	12 amp.-strz.po 1 ml	05909991216382	2022-11-01	2 lata	1061.0, Glatirameri acetas	2750,00	2970,00	3148,20	2117,55	B.29.	bezpłatny	0 zł
228	Glatirameri acetas	Remurel, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	28 amp.-strz. po 1 ml	05909991282882	2022-11-01	2 lata	1061.0, Glatirameri acetas	2158,00	2330,64	2470,48	2470,48	B.29.	bezpłatny	0 zł
229	Glatirameri acetas	Remurel, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg/ml	12 amp.-strz.po 1 ml	05909991353926	2022-09-01	2 lata	1061.0, Glatirameri acetas	1850,00	1998,00	2117,88	2117,55	B.29.	bezpłatny	0 zł
230	Glecaprevirum + Pibrentasvirum	Maviret, tabl. powl., 100+40 mg	84 szt.	08054083015927	2022-09-01	3 lata	1179.0, Glecaprevir + Pibrentasvir	45239,04	48858,16	51018,16	51018,16	B.71.	bezpłatny	0 zł
231	Glyceroli phenylbutyras	Ravicti, płyn doustny, 1,1 g/ml	1 butelka 25 ml + 1 nasadka	07350110580354	2022-11-01	2 lata	1262.0, Fenylomaślan glicerolu	717,40	774,79	821,28	821,28	B.140.	bezpłatny	0 zł
232	Golimumabum	Simponi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	1 wstrzykiwacz	05909990717187	2022-09-01	2 lata	1050.4, blokery TNF - golimumab	2567,25	2772,63	2938,99	2938,99	B.33.; B.35.; B.36.	bezpłatny	0 zł
233	Guselkumabum	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	1 amp.-strzyk.po 1 ml	05413868113006	2023-03-01	2 lata	1212.0, Guselkumab	8379,00	9049,32	9592,28	9592,28	B.47.	bezpłatny	0 zł
234	Guselkumabum	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	1 wstrzykiwacz 1 ml	05413868116687	2023-05-01	2 lata	1212.0, Guselkumab	8340,00	9007,20	9547,63	9547,63	B.35.	bezpłatny	0 zł
235	Ibrutinibum	Imbruvica, kaps. twarde, 140 mg	120 szt.	05909991195144	2023-05-01	2 lata	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutynib	28800,00	31104,00	32970,24	32970,24	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**
236	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powl., 140 mg	30 szt.	05413868117011	<1>2023-05-01<2>2023-01-01	<1>2 lata/<2>1 rok 8 miesięcy	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutynib	10100,00	10908,00	11562,48	8242,56	<1>B.12.FM.;<2>B.79.	bezpłatny	0 zł
237	Ibrutinibum	Imbruvica, kaps. twarde, 140 mg	90 szt.	05909991195137	2023-01-01	1 rok 8 miesięcy	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutynib	21600,00	23328,00	24727,68	24727,68	B.79.	bezpłatny	0 zł
238	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powl., 280 mg	30 szt.	05413868117028	<1>2023-05-01<2>2023-01-01	<1>2 lata/<2>1 rok 8 miesięcy	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutynib	20200,00	21816,00	23124,96	16485,12	<1>B.12.FM.;<2>B.79.	bezpłatny	0 zł
239	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powl., 420 mg	30 szt.	05413868117035	<1>2023-05-01<2>2023-01-01	<1>2 lata/<2>1 rok 8 miesięcy	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutynib	30300,00	32724,00	34687,44	24727,68	<1>B.12.FM.;<2>B.79.	bezpłatny	0 zł
240	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powl., 560 mg	30 szt.	05413868117042	2023-05-01	2 lata	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutynib	40400,00	43632,00	45792,00	32970,24	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
241	Idursulfasum	Elaprase, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 3 ml	05909990053742	2023-01-01	3 lata	1062.0, Idursulfase	9689,18	10464,31	11092,17	11092,17	B.25.	bezpłatny	0 zł
242	Iloprostum	Ventavis, roztwór do inhalacji z nebulizatora, 20 µg/ml	42 amp. 1 ml	05908229300633	2022-01-01	3 lata	1063.0, Iloprost	1667,82	1801,25	1909,32	1909,32	B.31.	bezpłatny	0 zł
243	Iloprostum	Ventavis , roztwór do inhalacji z nebulizatora, 10 µg/ml	30 amp.po 1 ml	05909990609079	2022-07-01	3 lata	1063.0, Iloprost	1250,00	1350,00	1431,00	1363,80	B.31.	bezpłatny	0 zł
244	Imiglucerasum	Cerezyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.m.	1 fiol.po 10 ml	05909990943012	2022-07-01	3 lata	1065.0, Imiglucerasum	5368,29	5797,75	6145,62	6145,62	B.23.	bezpłatny	0 zł
245	Imlifidasum	Idefirix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg	1 fiol.	07350118290033	2022-09-01	2 lata	1252.0, Imlifidaza	678105,00	732353,40	734513,40	734513,40	B.137.FM.	bezpłatny	0 zł
246	Imlifidasum	Idefirix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg	2 fiol.	07350118290040	2022-09-01	2 lata	1252.0, Imlifidaza	1356210,00	1464706,80	1466866,80	1466866,80	B.137.FM.	bezpłatny	0 zł
247	Immunoglobulinum humanum	Flebogamma DIF, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990797868	<1>2022-01-01/<2><3>2022-05-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1120,00	1209,60	1282,18	1282,18	<1>B.17.;<2>B.62.;<3>B.67.	bezpłatny	0 zł
248	Immunoglobulinum humanum	Flebogamma DIF, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 200 ml	05909990797875	<1>2022-07-01/<2><3>2022-05-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	2240,00	2419,20	2564,35	2564,35	<1>B.17.;<2>B.62.;<3>B.67.	bezpłatny	0 zł
249	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990869572	<1>2022-01-01/<2>2022-07-01/<3>2022-09-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	470,00	507,60	538,06	538,06	<1>B.17.;<2>B.62.;<3>B.67.	bezpłatny	0 zł
250	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990869657	<1>2022-01-01/<2>2022-07-01/<3>2022-09-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	940,00	1015,20	1076,11	1076,11	<1>B.17.;<2>B.62.;<3>B.67.	bezpłatny	0 zł
251	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990869541	<1>2022-01-01/<2>2022-07-01/<3>2022-09-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	235,00	253,80	269,03	269,03	<1>B.17.;<2>B.62.;<3>B.67.	bezpłatny	0 zł
252	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991067380	<1>2022-07-01/<2>2022-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	2350,00	2538,00	2690,28	2690,28	<1>B.62.;<2>B.67.	bezpłatny	0 zł
253	Immunoglobulinum humanum	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 400 ml	05909991078676	<1>2021-11-01/<2>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	9000,00	9720,00	10303,20	10257,41	<1>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**
254	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05909991292898	<1>2022-11-01/<2>2023-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	520,00	561,60	595,30	538,06	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
255	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991292874	<1>2022-11-01/<2>2023-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1040,00	1123,20	1190,59	1076,11	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
256	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 40 ml	05909991292904	<1>2022-11-01/<2>2023-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	2080,00	2246,40	2381,18	2152,22	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
257	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991292881	<1>2022-11-01/<2>2023-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	260,00	280,80	297,65	269,03	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
258	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909991072896	2023-05-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	3000,00	3240,00	3434,40	2690,28	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
259	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 200 ml	05909991072902	2023-05-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	6000,00	6480,00	6868,80	5380,56	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
260	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909991072872	2023-05-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	750,00	810,00	858,60	672,57	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
261	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 300 ml	05909991072926	2023-05-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	9000,00	9720,00	10303,20	8070,84	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
262	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991072889	2023-05-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1500,00	1620,00	1717,20	1345,14	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
263	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05909990425143	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	300,00	324,00	343,44	256,44	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
264	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 100 ml	05909990425174	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	3000,00	3240,00	3434,40	2564,35	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
265	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 200 ml	05909990425181	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	6000,00	6480,00	6868,80	5128,70	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
266	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 25 ml	05909990425150	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	750,00	810,00	858,60	641,09	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
267	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 300 ml	05909990782208	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	9000,00	9720,00	10303,20	7693,06	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
268	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 50 ml	05909990425167	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1500,00	1620,00	1717,20	1282,18	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
269	Immunoglobulinum humanum normale (IgG)	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990725793	<1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	2250,00	2430,00	2575,80	2564,35	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
270	Immunoglobulinum humanum normale (IgG)	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 200 ml	05909990725809	<1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	4500,00	4860,00	5151,60	5128,70	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>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**
271	Immunoglobulinum humanum normale (IgG)	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990725823	<1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	562,50	607,50	643,95	641,09	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
272	Immunoglobulinum humanum normale (IgG)	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990725786	<1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1125,00	1215,00	1287,90	1282,18	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
273	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l	1 fiol.po 100 ml + zest. do infuzji	05909990049875	<1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1125,00	1215,00	1287,90	1282,18	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
274	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l	1 fiol.po 200 ml + zest. do infuzji	05909990049882	<1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	2250,00	2430,00	2575,80	2564,35	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
275	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l	1 fiol.po 50 ml + zest. do infuzji	05909990049851	<1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	562,50	607,50	643,95	641,09	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
276	Inclisiranum	Leqvio, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 284 mg	1 amp.-strzyk. 1,5 ml	07613421047276	2022-11-01	2 lata	1261.0, Inklisiran	9999,00	10798,92	11446,86	11446,86	B.101.	bezpłatny	0 zł
277	Infliximabum	Flixabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	05713219492751	<1>2021-05-01/<2><3><4><5><6>2022-05-01	<1><5>3 lata/<2><3><4><6>2 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	870,00	939,60	995,98	663,98	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55.	bezpłatny	0 zł
278	Infliximabum	Remsima, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	05909991086305	<1><6>2021-01-01/<2><3><4><5>2023-09-01	<1><6>3 lata/<2><3><4><5>2 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	580,00	626,40	663,98	663,98	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55.	bezpłatny	0 zł
279	Infliximabum	Zessly, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	07613421020903	<1><6>2021-03-01/<2><3><4><5>2022-03-01	<1><5><6>3 lata/<2><3><4>2 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	750,00	810,00	858,60	663,98	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55.	bezpłatny	0 zł
280	Inotuzumabum ozogamicini	Besponsa, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol. proszku	05907636977193	2023-01-01	2 lata	1219.0, Inotuzumab ozogamycyny	39790,00	42973,20	45133,20	45133,20	B.65.	bezpłatny	0 zł
281	Interferon beta-1b	Betaferon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 300 µg	15 zest.	05909990619375	2022-11-01	2 lata	1024.5, Interferonum beta 1b	2146,00	2317,68	2456,74	2456,74	B.29.	bezpłatny	0 zł
282	Interferonum beta-1a	Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml	4 amp.-strz. + 4 igły	05909990008148	2022-09-01	2 lata	1024.41, Interferonum beta 1a a 30 mcg	2711,74	2928,68	3104,40	3104,40	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**
283	Interferonum beta-1a	Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml	4 wstrz.	05909991001407	2022-09-01	2 lata	1024.41, Interferonum beta 1a a 30 mcg	2711,74	2928,68	3104,40	3104,40	B.29.	bezpłatny	0 zł
284	Interferonum beta-1a	Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml	12 amp.-strz.a 0,5 ml	05909990874934	2022-09-01	2 lata	1024.43, Interferonum beta 1a a 44 mcg	3213,00	3470,04	3678,24	3678,24	B.29.	bezpłatny	0 zł
285	Interferonum beta-1a	Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml	4 wkł.a 1,5 ml	05909990728497	2022-09-01	2 lata	1024.43, Interferonum beta 1a a 44 mcg	3213,00	3470,04	3678,24	3678,24	B.29.	bezpłatny	0 zł
286	Ipilimumabum	Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990872442	<1>2023-03-01/<2>2023-01-01/<3>2022-05-01/<4><5>2023-09-01	2 lata	1124.0, Ipilimumab	12613,80	13622,90	14440,28	14162,90	<1>B.4.; <2>B.6.; <3>B.10.; <4>B.58.; <5>B.59.	bezpłatny	0 zł
287	Ipilimumabum	Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml	1 fiol.po 40 ml	05909990872459	<1>2023-03-01/<2>2023-01-01/<3>2022-05-01/<4><5>2023-09-01	2 lata	1124.0, Ipilimumab	50455,19	54491,61	56651,61	56651,61	<1>B.4.; <2>B.6.; <3>B.10.; <4>B.58.; <5>B.59.	bezpłatny	0 zł
288	Isatuximabum	Sarclisa, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 25 ml	05909991427832	2023-07-01	2 lata	1277.0, Izatuksymab	9814,05	10599,17	11235,12	11235,12	B.54.	bezpłatny	0 zł
289	Isatuximabum	Sarclisa, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 5 ml	05909991427818	2023-07-01	2 lata	1277.0, Izatuksymab	1962,81	2119,83	2247,03	2247,03	B.54.	bezpłatny	0 zł
290	Ivacaftorum	Kalydeco, tabl. powl., 150 mg	28 szt.	00351167136201	2023-07-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	18821,96	20327,72	21547,38	21547,38	B.112.	bezpłatny	0 zł
291	Ivacaftorum	Kalydeco, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	00351167104606	2023-07-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	46650,00	50382,00	52542,00	52542,00	B.112.	bezpłatny	0 zł
292	Ivacaftorum	Kalydeco, granulat w saszetce, 50 mg	56 szt.	00351167112205	2023-07-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	46650,00	50382,00	52542,00	52542,00	B.112.	bezpłatny	0 zł
293	Ivacaftorum	Kalydeco, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	00351167144503	2023-07-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	18821,96	20327,72	21547,38	21547,38	B.112.	bezpłatny	0 zł
294	Ivacaftorum	Kalydeco, granulat w saszetce, 75 mg	56 szt.	00351167113103	2023-07-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	46650,00	50382,00	52542,00	52542,00	B.112.	bezpłatny	0 zł
295	Ivacaftorum + Lumacaftorum	Orkambi, granulat, 125+100 mg	56 sasz.	00351167131701	2022-03-01	2 lata	1216.1, Iwakaftor, lumakaftor	44918,00	48511,44	50671,44	50671,44	B.112.	bezpłatny	0 zł
296	Ivacaftorum + Lumacaftorum	Orkambi, granulat, 188+150 mg	56 sasz.	00351167131800	2022-03-01	2 lata	1216.1, Iwakaftor, lumakaftor	44918,00	48511,44	50671,44	50671,44	B.112.	bezpłatny	0 zł
297	Ivacaftorum + Tezacaftorum	Symkevi, tabl. powl., 150+100 mg	28 szt.	00351167136102	2022-03-01	2 lata	1216.2, Iwakaftor, tezakaftor	19661,97	21234,93	22509,03	22509,03	B.112.	bezpłatny	0 zł
298	Ivacaftorum + Tezacaftorum	Symkevi, tabl. powl., 75+50 mg	28 szt.	00351167144404	2022-03-01	2 lata	1216.2, Iwakaftor, tezakaftor	19661,97	21234,93	22509,03	22509,03	B.112.	bezpłatny	0 zł
299	Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum	Kaftrio, tabl. powl., 75+50+100 mg	56 szt.	00351167143902	2022-03-01	2 lata	1216.3, Iwakaftor, tezakaftor, eleksakaftor	43879,49	47389,85	49549,85	49549,85	B.112.	bezpłatny	0 zł
300	Ixazomibum	Ninlaro, kaps. twarde, 2,3 mg	3 szt.	03400930077696	2023-05-01	2 lata	1222.0, Iksazomib	16500,00	17820,00	18889,20	14481,72	B.54.	bezpłatny	0 zł
301	Ixazomibum	Ninlaro, kaps. twarde, 3 mg	3 szt.	03400930077719	2023-05-01	2 lata	1222.0, Iksazomib	16500,00	17820,00	18889,20	18889,20	B.54.	bezpłatny	0 zł
302	Ixazomibum	Ninlaro, kaps. twarde, 4 mg	3 szt.	03400930077726	2023-05-01	2 lata	1222.0, Iksazomib	16500,00	17820,00	18889,20	18889,20	B.54.	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**
303	Ixekizumabum	Taltz, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/ml	2 wstrzykiwacze 1 ml	05909991282950	<1>2023-01-01/<2><4>2022-07-01/<3>2022-11-01	<1><2><4>2 lata/<3>3 lata	1184.0, Iksekizumab	8593,38	9280,85	9837,70	9837,70	<1>B.35.;<2>B.36.;<3>B.47.;<4>B.82.	bezpłatny	0 zł
304	Ketoanalogi aminokwasów	Ketosteril, tabl. powl., 630 mg	100 szt.	05909990338511	2023-03-01	2 lata	1220.0, Aminokwasy, w tym mieszaniny z polipeptydami	157,13	169,70	179,88	179,88	B.113.	bezpłatny	0 zł
305	Lamivudinum	Lamivudine Aurovitas, tabl. powl., 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
306	Lamivudinum	Zeffix, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990479610	2022-01-01	3 lata	1067.0, Lamivudinum	99,54	107,50	113,95	85,41	B.1.	bezpłatny	0 zł
307	Lanadelumabum	Takhzyro, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	1 amp.-strzyk.	00642621076103	2023-09-01	2 lata	1228.0, Lanadelumab	53918,00	58231,44	60391,44	60391,44	B.122.	bezpłatny	0 zł
308	Lanadelumabum	Takhzyro, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	1 fiol.	05060147027884	2023-09-01	2 lata	1228.0, Lanadelumab	53918,00	58231,44	60391,44	60391,44	B.122.	bezpłatny	0 zł
309	Lapatynibum	Tyverb, tabl. powl., 250 mg	140 szt.	05909990851973	2023-05-01	2 lata	1068.0, Lapatynib	5979,16	6457,49	6844,94	6844,93	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
310	Lapatynibum	Tyverb, tabl. powl., 250 mg	70 szt.	05909990851966	2023-05-01	2 lata	1068.0, Lapatynib	2989,58	3228,75	3422,47	3422,47	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
311	Laronidasum	Aldurazyme, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 j.m./ml	1 fiol.po 5 ml	05909990005673	2022-07-01	3 lata	1069.0, Laronidasum	2134,00	2304,72	2443,00	2443,00	B.24.	bezpłatny	0 zł
312	Larotrectinibum	Vitrakvi, kaps. twarde, 100 mg	56 szt.	04057598011815	2023-03-01	2 lata	1272.0, Larotrektynib	19775,77	21357,83	22639,31	22639,31	B.144.	bezpłatny	0 zł
313	Larotrectinibum	Vitrakvi, roztwór doustny, 20 mg/ml	2 butelki 50 ml	04057598012287	2023-05-01	2 lata	1272.0, Larotrektynib	7062,77	7627,79	8085,46	8085,46	B.144.	bezpłatny	0 zł
314	Larotrectinibum	Vitrakvi, kaps. twarde, 25 mg	56 szt.	04057598011792	2023-03-01	2 lata	1272.0, Larotrektynib	4943,93	5339,44	5659,82	5659,82	B.144.	bezpłatny	0 zł
315	Ledipasvirum + Sofosbuvirum	Harvoni, tabl. powl., 90+400 mg	28 szt.	05391507141217	2022-11-01	3 lata	1135.3, Leki przeciwwirusowe - ledipaswir, sofosbuwir	51999,00	56158,92	58318,92	58318,92	B.71.	bezpłatny	0 zł
316	Letermovir	Prevymis, tabl. powl., 240 mg	28 szt.	00191778018905	2022-07-01	2 lata	1248.0, Letermowir	18000,00	19440,00	20606,40	20606,40	B.132.	bezpłatny	0 zł
317	Letermovir	Prevymis, tabl. powl., 480 mg	28 szt.	00191778018899	2022-07-01	2 lata	1248.0, Letermowir	36000,00	38880,00	41040,00	41040,00	B.132.	bezpłatny	0 zł
318	Levodopum + Carbidopum	Duodopa, żel dojelitowy, 20+5 mg/ml	1 szt. (7 kasetek po 100 ml)	05909990419135	2021-05-01	3 lata	1162.0, Lewodopa, karbidopa	2568,08	2773,53	2939,93	2939,93	B.90.	bezpłatny	0 zł
319	Levofloxacinum	Quinsair, roztwór do nebulizacji, 240 mg	56 amp.	08025153003014	2023-11-01	1 rok 4 miesiące	1234.0, Lewofloksacyna	9950,00	10746,00	11390,76	11390,76	B.27.	bezpłatny	0 zł
320	L-karnityna	L-karnityna, proszek, 1 g	50 sasz.	05016533045017	2022-03-01	2 lata	1205.0, L-Karnityna	2021,14	2021,14	2142,41	2142,41	B.109.	bezpłatny	0 zł
321	Lomitapidum	Lojuxta, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05397203001220	2023-09-01	2 lata	1281.0, Lomitapid	96186,00	103880,88	106040,88	106040,88	B.101.	bezpłatny	0 zł
322	Lomitapidum	Lojuxta, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05397203001237	2023-09-01	2 lata	1281.0, Lomitapid	96186,00	103880,88	106040,88	106040,88	B.101.	bezpłatny	0 zł
323	Lomitapidum	Lojuxta, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	05397203001213	2023-09-01	2 lata	1281.0, Lomitapid	96186,00	103880,88	106040,88	106040,88	B.101.	bezpłatny	0 zł
324	Lonoctocog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326111	2022-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	2100,00	2268,00	2404,08	2404,08	B.15.	bezpłatny	0 zł
325	Lonoctocog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326128	2022-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	3150,00	3402,00	3606,12	3606,12	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**
326	Lonoctocog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326135	2022-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	4200,00	4536,00	4808,16	4808,16	B.15.	bezpłatny	0 zł
327	Lonoctocog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326098	2022-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	525,00	567,00	601,02	601,02	B.15.	bezpłatny	0 zł
328	Lonoctocog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2500 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326142	2022-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	5250,00	5670,00	6010,20	6010,20	B.15.	bezpłatny	0 zł
329	Lonoctocog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326159	2022-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	6300,00	6804,00	7212,24	7212,24	B.15.	bezpłatny	0 zł
330	Lonoctocog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326104	2022-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	1050,00	1134,00	1202,04	1202,04	B.15.	bezpłatny	0 zł
331	Lorlatinibum	Lorviqua, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05415062343531	2023-09-01	2 lata	1225.0, Lorlatynib	18525,67	20007,72	21208,19	21208,19	B.6.	bezpłatny	0 zł
332	Lorlatinibum	Lorviqua, tabl. powl., 25 mg	90 szt.	05415062348147	2023-09-01	2 lata	1225.0, Lorlatynib	13894,25	15005,79	15906,14	15906,14	B.6.	bezpłatny	0 zł
333	Lumasiranum	Oxlumo, roztwór do wstrzyknięć podskórnych, 94,5 mg/0,5ml	1 fiol. 0,5 ml	08720165814138	2022-03-01	2 lata	1238.0, Lumazyran	306870,45	331420,09	333580,09	333580,09	B.129.FM.	bezpłatny	0 zł
334	Luspaterceptum	Reblozyl, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 25 mg	1 fiol.	07640133688244	2023-01-01	2 lata	1043.3, czynniki stymulujące erytropoezę - luspatercept	6577,10	7103,27	7529,47	7529,47	B.142.	bezpłatny	0 zł
335	Luspaterceptum	Reblozyl, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 mg	1 fiol.	07640133688251	2023-01-01	2 lata	1043.3, czynniki stymulujące erytropoezę - luspatercept	19731,30	21309,80	22588,39	22588,39	B.142.	bezpłatny	0 zł
336	Lutetium (177Lu) oxodotreotidi	Lutathera, roztwór do infuzji, 370 MBq/ml	1 fiol. 20,5 - 25 ml	05909991350963	2022-11-01	2 lata	1170.1, Oksodotreotyd lutetu Lu-177	85000,00	91800,00	93960,00	93960,00	B.139.	bezpłatny	0 zł
337	Macitentanum	Opsumit, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	07640111931133	2023-11-01	2 lata	1139.0, Macytentan	7137,43	7708,42	8170,93	8170,93	B.31.	bezpłatny	0 zł
338	Mecaserminum	Increlex, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990076024	2023-09-01	3 lata	1071.0, Mecasermine	2467,53	2664,93	2824,83	2824,83	B.20.	bezpłatny	0 zł
339	Mepolizumabum	Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 ampułko-strzykawka	05909991407148	2021-11-01	3 lata	1167.0, Mepolizumab	3900,00	4212,00	4464,72	4464,72	B.44.	bezpłatny	0 zł
340	Mepolizumabum	Nucala, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 100 mg	1 fiol. proszku	05909991246617	2021-11-01	3 lata	1167.0, Mepolizumab	3900,00	4212,00	4464,72	4464,72	B.44.	bezpłatny	0 zł
341	Mepolizumabum	Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 wstrzykiwacz	05909991407018	2021-11-01	3 lata	1167.0, Mepolizumab	3900,00	4212,00	4464,72	4464,72	B.44.	bezpłatny	0 zł
342	Mercaptamini bitartras	Cystagon, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	03663502001011	2023-09-01	2 lata	1084.1, Cysteamina	880,00	950,40	1007,42	1007,42	B.61.	bezpłatny	0 zł
343	Mercaptamini hydrochloridum	Cystadrops, krople do oczu, roztwór, 3,8 mg/ml	1 fiol. 5 ml	03663502000274	2022-11-01	2 lata	1084.2, Cysteamina do oczu	4570,00	4935,60	5231,74	5231,74	B.61.	bezpłatny	0 zł
344	Midostaurinum	Rydapt, kaps. miękkie, 25 mg	112 szt.	05909991341527	2023-05-01	2 lata	1221.0, Midostauryna	52028,22	56190,48	58350,48	58350,48	B.114.; B.115.	bezpłatny	0 zł
345	Midostaurinum	Rydapt, kaps. miękkie, 25 mg	56 szt.	05909991353995	2023-05-01	2 lata	1221.0, Midostauryna	26014,11	28095,24	29780,96	29780,96	B.114.; B.115.	bezpłatny	0 zł
346	Migalastatum	Galafold, kaps. twarde, 123 mg	14 szt.	05909991390273	2022-11-01	2 lata	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**
347	Moroctocogum alfa	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m. (250 j.m./ml)	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909990819515	2023-11-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	2400,00	2592,00	2747,52	2404,08	B.15.	bezpłatny	0 zł
348	Moroctocogum alfa	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m. (500 j.m./ml)	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909990010554	2023-11-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	4800,00	5184,00	5495,04	4808,16	B.15.	bezpłatny	0 zł
349	Moroctocogum alfa	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m. (62,5 j.m./ml)	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909990819317	2023-11-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	600,00	648,00	686,88	601,02	B.15.	bezpłatny	0 zł
350	Moroctocogum alfa	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m. (125 j.m./ml)	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909990819416	2023-11-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	1200,00	1296,00	1373,76	1202,04	B.15.	bezpłatny	0 zł
351	Natalizumabum	Tysabri, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol.po 15 ml	05909990084333	2022-11-01	2 lata	1116.0, Natalizumab	5700,00	6156,00	6525,36	6525,36	B.29.	bezpłatny	0 zł
352	Nilotynibum	Tasigna, kaps. twarde, 200 mg	112 szt.	05909990073535	2023-11-01	2 lata	1072.0, Nilotynib	9804,13	10588,46	11223,77	11223,77	B.14.	bezpłatny	0 zł
353	Nintedanibum	Ofev, kaps. miękkie, 100 mg	60 szt.	05909991206444	<1>2022-03-01/<2>2023-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1173.0, Nintedanib	4850,00	5238,00	5552,28	5552,28	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
354	Nintedanibum	Ofev, kaps. miękkie, 150 mg	60 szt.	05909991206468	<1>2022-03-01/<2>2023-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1173.0, Nintedanib	8600,00	9288,00	9845,28	8328,42	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
355	Nintedanibum	Vargatef, kaps. miękkie, 100 mg	120 szt.	05909991203894	2022-09-01	2 lata 2 miesiące	1178.0, Nintedanib - 2	9021,41	9743,12	10327,71	10327,71	B.6.	bezpłatny	0 zł
356	Nintedanibum	Vargatef, kaps. miękkie, 100 mg	60 szt.	05909991203887	2022-09-01	2 lata 2 miesiące	1178.0, Nintedanib - 2	5733,33	6192,00	6563,52	5163,85	B.6.	bezpłatny	0 zł
357	Nintedanibum	Vargatef, kaps. miękkie, 150 mg	60 szt.	05909991203900	2022-09-01	2 lata 2 miesiące	1178.0, Nintedanib - 2	8600,00	9288,00	9845,28	7745,78	B.6.	bezpłatny	0 zł
358	Niraparibum	Zejula, kaps. twarde, 100 mg	56 szt.	05909991425487	2022-01-01	2 lata	1236.0, Niraparyb	19555,21	21119,63	22386,80	22386,80	B.50.	bezpłatny	0 zł
359	Niraparibum	Zejula, kaps. twarde, 100 mg	84 szt.	05909991425494	2022-01-01	2 lata	1236.0, Niraparyb	29332,82	31679,45	33580,21	33580,20	B.50.	bezpłatny	0 zł
360	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 10 mg	60 kaps.	07350031442182	2022-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	5850,00	6318,00	6697,08	6697,08	B.76.	bezpłatny	0 zł
361	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 2 mg	60 kaps.	07350031442267	2022-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	1170,00	1263,60	1339,42	1339,42	B.76.	bezpłatny	0 zł
362	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 20 mg	60 kaps.	07350031441833	2022-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	11700,00	12636,00	13394,16	13394,16	B.76.	bezpłatny	0 zł
363	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 5 mg	60 kaps.	07350031442229	2022-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	2925,00	3159,00	3348,54	3348,54	B.76.	bezpłatny	0 zł
364	Nivolumabum	Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991220518	<1>2023-03-01/<2>2023-01-01/<3>2022-05-01/<4><5><6>2023-09-01/<7>2022-09-01/<8>2023-11-01	<1><2><3><5><6><7><8>2 lata/<4>2 lata 8 miesięcy	1144.0, Niwolumab	5915,61	6388,86	6772,19	6772,17	<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

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**
365	Nivolumabum	Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909991220501	<1>2023-03-01/<2>2023-01-01/<3>2022-05-01/<4><5><6>2023-09-01/<7>2022-09-01/<8>2023-11-01	<1><2><3><5><6><7><8>2 lata/<4>2 lata 8 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
366	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057207	2022-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	2397,84	2589,67	2745,05	2745,05	B.15.	bezpłatny	0 zł
367	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057221	2022-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	4795,68	5179,33	5490,09	5490,09	B.15.	bezpłatny	0 zł
368	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057184	2022-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	599,46	647,42	686,26	686,26	B.15.	bezpłatny	0 zł
369	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057191	2022-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	1198,92	1294,83	1372,53	1372,53	B.15.	bezpłatny	0 zł
370	Nonacogum gamma (rDNA)	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m./5 ml	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	05909991210120	2023-09-01	1 rok 2 miesiące	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	2400,00	2592,00	2747,52	2747,52	B.15.	bezpłatny	0 zł
371	Nonacogum gamma (rDNA)	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m./5 ml	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	05909991210137	2023-09-01	1 rok 2 miesiące	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	4800,00	5184,00	5495,04	5495,04	B.15.	bezpłatny	0 zł
372	Nonacogum gamma (rDNA)	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m./5 ml	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	05909991210090	2023-09-01	1 rok 2 miesiące	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	600,00	648,00	686,88	686,88	B.15.	bezpłatny	0 zł
373	Nonacogum gamma (rDNA)	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m./5 ml	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	05909991210144	2023-09-01	1 rok 2 miesiące	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	7200,00	7776,00	8242,56	8242,56	B.15.	bezpłatny	0 zł
374	Nonacogum gamma (rDNA)	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m./5 ml	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	05909991210106	2023-09-01	1 rok 2 miesiące	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinate	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	B.15.	bezpłatny	0 zł
375	Nusinersenum	Spinraza, roztwór do wstrzykiwań, 12 mg	1 fiol. 5 ml	05713219500975	2023-01-01	3 lata	1185.0, Nusinersen	301000,00	325080,00	327240,00	327240,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
376	Obinutuzumabum	Gazyvaro, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 40 ml	05902768001105	<1>2022-01-01/<2>2023-09-01	<1>2 lata/<2>10 miesięcy	1148.0, Obinutuzumab	10650,00	11502,00	12192,12	12192,12	<1>B.12.FM.;<2>B.79.	bezpłatny	0 zł
377	Ocrelizumabum	Ocrevus, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05902768001174	2022-11-01	2 lata	1201.0, Okrelizumab	20833,00	22499,64	23849,62	23849,62	B.29.	bezpłatny	0 zł
378	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	2022-07-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	2470,00	2667,60	2827,66	2404,08	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**
379	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	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	3705,00	4001,40	4241,48	3606,12	B.15.	bezpłatny	0 zł
380	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	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	4940,00	5335,20	5655,31	4808,16	B.15.	bezpłatny	0 zł
381	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	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	617,50	666,90	706,91	601,02	B.15.	bezpłatny	0 zł
382	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	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	7410,00	8002,80	8482,97	7212,24	B.15.	bezpłatny	0 zł
383	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	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	1235,00	1333,80	1413,83	1202,04	B.15.	bezpłatny	0 zł
384	Ofatumumabum	Kesimpta, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	1 wstrz.	07613421040123	2022-11-01	2 lata	1257.0, Ofatumumab	5553,35	5997,62	6357,47	6357,47	B.29.	bezpłatny	0 zł
385	Olaparibum	Lynparza, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05000456031325	<1>2023-11-01/<2><4>2022-11-01/<3>2023-03-01	2 lata	1149.0, Olaparyb	9802,00	10586,16	11221,33	11221,33	<1>B.9.FM.;<2>B.50.;<3>B.56.;<4>B.85.	bezpłatny	0 zł
386	Olaparibum	Lynparza, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05000456031318	<1>2023-11-01/<2><4>2022-11-01/<3>2023-03-01	2 lata	1149.0, Olaparyb	9802,00	10586,16	11221,33	11221,33	<1>B.9.FM.;<2>B.50.;<3>B.56.;<4>B.85.	bezpłatny	0 zł
387	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	1 amp.-strzyk. 1 ml	05909990708406	2022-01-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	1233,39	1332,06	1411,98	1411,97	B.44.; B.107.	bezpłatny	0 zł
388	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg	1 amp.-strzyk. 0,5 ml	05909990708376	2022-01-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	616,69	666,03	705,99	705,99	B.44.	bezpłatny	0 zł
389	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml	05397227701106	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
390	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml	05397227701137	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
391	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml	05397227701168	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
392	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml	05397227701199	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
393	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml	05397227702844	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
394	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml	05397227702875	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
395	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 8 fiol. 8,3 ml	05397227702905	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	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**
396	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 1 fiol. 8,3 ml	05397227701090	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
397	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml	05397227701120	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
398	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml	05397227701151	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
399	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml	05397227701182	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
400	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml	05397227702837	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
401	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml	05397227702868	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
402	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml	05397227702899	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
403	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 8,3 ml	05397227701083	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
404	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	3 fiol. 8,3 ml	05397227701113	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
405	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	4 fiol. 8,3 ml	05397227701144	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
406	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	5 fiol. 8,3 ml	05397227701175	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
407	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	6 fiol. 8,3 ml	05397227702820	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
408	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	7 fiol. 8,3 ml	05397227702851	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
409	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	8 fiol. 8,3 ml	05397227702882	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
410	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	9 fiol. 8,3 ml	05397227702912	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
411	Osimertinibum	Tagrisso, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05000456012058	2023-01-01	2 lata	1169.0, Ozymertynib	23000,00	24840,00	26330,40	13165,20	B.6.	bezpłatny	0 zł
412	Osimertinibum	Tagrisso, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05000456012065	2023-01-01	2 lata	1169.0, Ozymertynib	23000,00	24840,00	26330,40	26330,40	B.6.	bezpłatny	0 zł
413	Ozanimodum	Zeposia, kaps. twarde, 0,23 + 0,46 mg	7 szt. (4 x 0,23 mg + 3 x 0,46mg)	07640133688220	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1256.0, Ozanimod	1293,74	1397,24	1481,07	528,96	<1>B.29.; <2>B.55.	bezpłatny	0 zł
414	Ozanimodum	Zeposia, kaps. twarde, 0,92 mg	28 szt.	07640133688237	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1256.0, Ozanimod	5174,96	5588,96	5924,30	5924,30	<1>B.29.; <2>B.55.	bezpłatny	0 zł
415	Paclitaxelum albuminatum	Abraxane, proszek do sporządzania zawiesiny do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 100 mg	05909990930265	2021-01-01	3 lata	1032.1, Paclitaxelum albuminatum	861,90	930,85	986,70	986,70	B.85.	bezpłatny	0 zł
416	Palbociclibum	Ibrance, tabl. powl., 100 mg	21 szt.	05415062353684	2023-09-01	2 lata	1194.0, Palbocyklib	8900,00	9612,00	10188,72	10188,72	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
417	Palbociclibum	Ibrance, tabl. powl., 125 mg	21 szt.	05415062353691	2023-09-01	2 lata	1194.0, Palbocyklib	8900,00	9612,00	10188,72	10188,72	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**
418	Palbociclibum	Ibrance, tabl. powl., 75 mg	21 szt.	05415062353677	2023-09-01	2 lata	1194.0, Palbocyklib	8900,00	9612,00	10188,72	7641,54	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
419	Palivizumabum	Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	0,5 ml	05000456067720	2023-03-01	2 lata	1073.0, Palivizumab	1468,25	1585,71	1680,86	1680,86	B.40.	bezpłatny	0 zł
420	Palivizumabum	Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	1 ml	05000456067713	2023-03-01	2 lata	1073.0, Palivizumab	2936,50	3171,42	3361,71	3361,71	B.40.	bezpłatny	0 zł
421	Panitumumabum	Vectibix, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990646555	2022-11-01	2 lata	1096.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - panitumumab	4800,00	5184,00	5495,04	5495,04	B.4.	bezpłatny	0 zł
422	Panitumumabum	Vectibix, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990646531	2022-11-01	2 lata	1096.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - panitumumab	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	B.4.	bezpłatny	0 zł
423	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 2 µg/ml	5 fiol.	05909990942022	2021-01-01	3 lata	1131.0, Parykalcytol	58,50	63,18	66,97	66,97	B.39.	bezpłatny	0 zł
424	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 2 µg/ml	5 fiol.a 1 ml	04046241091243	2021-01-01	3 lata	1131.0, Parykalcytol	58,50	63,18	66,97	66,97	B.39.	bezpłatny	0 zł
425	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 5 µg/ml	5 fiol. a 1 ml	05909990942060	2021-03-01	3 lata	1131.0, Parykalcytol	146,25	157,95	167,43	167,43	B.39.	bezpłatny	0 zł
426	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 5 µg/ml	5 fiol.a 1 ml	04046241079906	2021-01-01	3 lata	1131.0, Parykalcytol	146,25	157,95	167,43	167,43	B.39.	bezpłatny	0 zł
427	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiolki	03663502002582	2022-03-01	2 lata	1174.0, Pasyreotyd	8701,88	9398,03	9961,91	3446,56	B.118.	bezpłatny	0 zł
428	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiolki	03663502002575	2022-03-01	2 lata	1174.0, Pasyreotyd	8701,88	9398,03	9961,91	6893,13	<1>B.99.; <2>B.118.	bezpłatny	0 zł
429	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiolki	03663502002568	2022-03-01	2 lata	1174.0, Pasyreotyd	9031,88	9754,43	10339,69	10339,69	B.118.	bezpłatny	0 zł
430	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 40 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiolki	03663502002605	2022-03-01	2 lata	1174.0, Pasyreotyd	9031,88	9754,43	10339,69	10339,69	<1>B.99.; <2>B.118.	bezpłatny	0 zł
431	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 60 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiolki	03663502002599	2022-03-01	2 lata	1174.0, Pasyreotyd	9995,62	10795,27	11442,99	11442,99	B.99.	bezpłatny	0 zł
432	Pazopanibum	Votrient, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990764877	2021-05-01	3 lata	1110.0, Pazopanib	2070,00	2235,60	2369,74	2369,74	B.8.; B.10.	bezpłatny	0 zł
433	Pazopanibum	Votrient, tabl. powl., 200 mg	90 szt.	05909990764884	2021-05-01	3 lata	1110.0, Pazopanib	6210,00	6706,80	7109,21	7109,21	B.8.; B.10.	bezpłatny	0 zł
434	Pazopanibum	Votrient, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990764891	2021-05-01	3 lata	1110.0, Pazopanib	4140,00	4471,20	4739,47	4739,47	B.8.; B.10.	bezpłatny	0 zł
435	Pazopanibum	Votrient, tabl. powl., 400 mg	60 szt.	05909990764907	2021-05-01	3 lata	1110.0, Pazopanib	8280,00	8942,40	9478,94	9478,94	B.8.; B.10.	bezpłatny	0 zł
436	Pegcetakoplan	Aspaveli, roztwór do infuzji, 1080 mg	1 fiol. 20 ml	07350031443950	2023-09-01	2 lata	1286.0, Pegcetakoplan	16055,00	17339,40	18379,76	18379,76	B.96.	bezpłatny	0 zł
437	Pegcetakoplan	Aspaveli, roztwór do infuzji, 1080 mg	8 fiol. 20 ml	07350031443967	2023-09-01	2 lata	1286.0, Pegcetakoplan	128440,00	138715,20	140875,20	140875,20	B.96.	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**
438	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 135 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05909990984718	2022-03-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	495,18	534,79	566,88	553,83	<1>B.1.	bezpłatny	0 zł
439	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 180 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05909990984817	2022-03-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	655,55	707,99	750,47	738,44	<1>B.1.	bezpłatny	0 zł
440	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 90 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05902768001013	2022-03-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	322,52	348,32	369,22	369,22	<1>B.1.	bezpłatny	0 zł
441	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 125 µg	2 amp.-strz.po 0,5 ml	00646520442274	2022-09-01	1 rok 10 miesięcy	1074.3, Peginterferonum beta-1a	2847,33	3075,12	3259,62	3259,62	B.29.	bezpłatny	0 zł
442	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 125 µg	2 wstrz.po 0,5 ml	00646520442113	2022-09-01	1 rok 10 miesięcy	1074.3, Peginterferonum beta-1a	2847,33	3075,12	3259,62	3259,62	B.29.	bezpłatny	0 zł
443	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 63 µg; 94 µg	2 amp.-strz.po 0,5 ml	00646520441970	2022-09-01	1 rok 10 miesięcy	1074.3, Peginterferonum beta-1a	2847,33	3075,12	3259,62	2047,04	B.29.	bezpłatny	0 zł
444	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 63 µg; 94 µg	2 wstrz.po 0,5 ml	00646520437201	2022-09-01	1 rok 10 miesięcy	1074.3, Peginterferonum beta-1a	2847,33	3075,12	3259,62	2047,04	B.29.	bezpłatny	0 zł
445	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 10 mg	30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem)	05909990006281	2022-03-01	2 lata	1203.0, Pegwisomant	7000,00	7560,00	8013,60	8013,60	B.99.	bezpłatny	0 zł
446	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 15 mg	30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem)	05909990006298	2022-03-01	2 lata	1203.0, Pegwisomant	10500,00	11340,00	12020,40	12020,40	B.99.	bezpłatny	0 zł
447	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 20 mg	30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem)	05415062315958	2022-03-01	2 lata	1203.0, Pegwisomant	14000,00	15120,00	16027,20	16027,20	B.99.	bezpłatny	0 zł
448	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 25 mg	30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem)	05415062315965	2022-03-01	2 lata	1203.0, Pegwisomant	17500,00	18900,00	20034,00	20034,00	B.99.	bezpłatny	0 zł
449	Pembrolizumabum	Keytruda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05901549325126	<1><6>2023-03-01/<2><7>2023-01-01/<5>2022-09-01/<3>2023-07-01/<4>2023-09-01	2 lata	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.	bezpłatny	0 zł
450	Pertuzumabum	Perjeta, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol.	05902768001006	2023-09-01	6 miesięcy	1147.0, Pertuzumab	10200,00	11016,00	11676,96	11676,96	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
451	Pirfenidonum	Esbriet, tabl. powl., 267 mg	252 szt.	05902768001181	2021-03-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	6450,00	6966,00	7383,96	2884,90	B.87.	bezpłatny	0 zł
452	Pirfenidonum	Esbriet, tabl. powl., 267 mg	63 szt.	05902768001198	2021-03-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	1612,50	1741,50	1845,99	721,22	B.87.	bezpłatny	0 zł
453	Pirfenidonum	Esbriet, tabl. powl., 801 mg	84 szt.	05902768001211	2021-03-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	6450,00	6966,00	7383,96	2884,90	B.87.	bezpłatny	0 zł
454	Pirfenidonum	Pirfenidon Stada, tabl. powl., 267 mg	252 szt.	05909991497118	2023-09-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2018,52	2180,00	2310,80	2310,80	B.87.	bezpłatny	0 zł
455	Pirfenidonum	Pirfenidon Stada, tabl. powl., 267 mg	63 szt.	05909991497125	2023-09-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	504,63	545,00	577,70	577,70	B.87.	bezpłatny	0 zł
456	Pirfenidonum	Pirfenidon Stada, tabl. powl., 801 mg	84 szt.	05909991497156	2023-09-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2018,52	2180,00	2310,80	2310,80	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**
457	Pirfenidonum	Pirfenidon Zentiva, tabl. powl., 267 mg	252 szt.	05909991494223	2023-05-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2200,00	2376,00	2518,56	2518,56	B.87.	bezpłatny	0 zł
458	Pirfenidonum	Pirfenidon Zentiva, tabl. powl., 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
459	Pirfenidonum	Pirfenidon Zentiva, tabl. powl., 801 mg	84 szt.	05909991494230	2023-05-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2200,00	2376,00	2518,56	2518,56	B.87.	bezpłatny	0 zł
460	Pirfenidonum	Pirfenidone Sandoz, tabl. powl., 267 mg	252 szt.	07613421107284	2023-01-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2520,00	2721,60	2884,90	2884,90	B.87.	bezpłatny	0 zł
461	Pirfenidonum	Pirfenidone Sandoz, tabl. powl., 267 mg	63 szt.	07613421107277	2023-01-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	630,00	680,40	721,22	721,22	B.87.	bezpłatny	0 zł
462	Pirfenidonum	Pirfenidone Sandoz, tabl. powl., 801 mg	84 szt.	07613421107291	2023-01-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2520,00	2721,60	2884,90	2884,90	B.87.	bezpłatny	0 zł
463	Pixantroni dimaleas	Pixuvri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 29 mg	1 fiol.	05909991206475	2022-05-01	2 lata	1165.0, Piksantron	1235,66	1334,51	1414,58	1414,58	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
464	Polatuzumabum vedotinum	Polivy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 140 mg	1 fiol. proszku	07613326024143	2022-05-01	2 lata	1242.0, Polatuzumab wedotyny	41973,00	45330,84	47490,84	47490,84	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
465	Polatuzumabum vedotinum	Polivy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol. proszku	07613326029353	2022-09-01	2 lata	1242.0, Polatuzumab wedotyny	8994,21	9713,75	10296,57	10296,57	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
466	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 1 mg	14 szt.	05909991398477	2022-03-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	22885,33	24716,16	26199,13	13078,08	B.54.	bezpłatny	0 zł
467	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarda, 1 mg	21 szt.	05909991185589	2022-11-01	1 rok 8 miesięcy	1182.0, Pomalidomid	34328,00	37074,24	39234,24	19617,12	B.54.	bezpłatny	0 zł
468	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 2 mg	14 szt.	05909991398484	2022-03-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	22885,33	24716,16	26199,13	26156,16	B.54.	bezpłatny	0 zł
469	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarda, 2 mg	21 szt.	05909991185596	2022-11-01	1 rok 8 miesięcy	1182.0, Pomalidomid	34328,00	37074,24	39234,24	39234,24	B.54.	bezpłatny	0 zł
470	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 3 mg	14 szt.	05909991398491	2022-03-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	22885,33	24716,16	26199,13	26199,13	B.54.	bezpłatny	0 zł
471	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarda, 3 mg	21 szt.	05909991185602	2022-11-01	1 rok 8 miesięcy	1182.0, Pomalidomid	34328,00	37074,24	39234,24	39234,24	B.54.	bezpłatny	0 zł
472	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 4 mg	14 szt.	05909991398507	2022-03-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	22885,33	24716,16	26199,13	26199,13	B.54.	bezpłatny	0 zł
473	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarda, 4 mg	21 szt.	05909991185619	2022-11-01	1 rok 8 miesięcy	1182.0, Pomalidomid	34328,00	37074,24	39234,24	39234,24	B.54.	bezpłatny	0 zł
474	Ponatinibum	Iclusig, tabl. powl., 15 mg	60 szt.	07640159433613	2023-07-01	2 lata	1207.0, Ponatynib	17475,75	18873,81	20006,24	20006,24	B.14.; B.65.	bezpłatny	0 zł
475	Ponatinibum	Iclusig, tabl. powl., 45 mg	30 szt.	07640159433637	2023-07-01	2 lata	1207.0, Ponatynib	17475,75	18873,81	20006,24	20006,24	B.14.; B.65.	bezpłatny	0 zł
476	Ponesimodum	Ponvory, tabl. powl., 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	2022-11-01	2 lata	1259.0, Ponesimod	535,81	578,67	613,40	613,40	B.29.	bezpłatny	0 zł
477	Ponesimodum	Ponvory, tabl. powl., 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)	04150172422851	2023-07-01	2 lata	1259.0, Ponesimod	535,81	578,67	613,40	613,40	B.29.	bezpłatny	0 zł
478	Ponesimodum	Ponvory, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05413868120370	2022-11-01	2 lata	1259.0, Ponesimod	3615,10	3904,31	4138,57	4138,57	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**
479	Pretomanidum	Dovprela, tabl., 200 mg	26 szt.	05901797711139	2022-09-01	2 lata	1253.0, Pretomanid	14310,00	15454,80	16382,09	16382,09	B.136.FM.	bezpłatny	0 zł
480	Ramucirumabum	Cyramza, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	2 fiol.po 10 ml	05909991205898	2022-11-01	2 lata	1266.0, Ramucyrumab	3360,00	3628,80	3846,53	3846,53	B.58.	bezpłatny	0 zł
481	Ranibizumab	Lucentis, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. a 0,23 ml	05909990000005	2023-01-01	2 lata	1134.0, Ranibizumab	2607,00	2815,56	2984,49	1946,16	B.70.	bezpłatny	0 zł
482	Ranibizumab	Ximluci, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. a 0,23 ml + igła z filtrem	05909991497316	2023-05-01	2 lata	1134.0, Ranibizumab	1700,00	1836,00	1946,16	1946,16	B.70.	bezpłatny	0 zł
483	Ravulizumabum	Ultomiris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1100 mg	1 fiol. 11 ml	05391527740162	2023-09-01	2 lata	1285.0, Rawulizumab	71401,00	77113,08	79273,08	79273,08	B.95.; B.96.	bezpłatny	0 zł
484	Ravulizumabum	Ultomiris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. 3 ml	05391527740179	2023-09-01	2 lata	1285.0, Rawulizumab	19473,00	21030,84	22292,69	22292,69	B.95.; B.96.	bezpłatny	0 zł
485	Ribociclibum	Kisqali, tabl. powl., 200 mg	63 szt.	05909991336769	2022-09-01	2 lata	1195.0, Rybocyklib	9506,78	10267,32	10883,37	10883,37	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
486	Riociguatum	Adempas, tabl. powl., 0,5 mg	42 szt.	05908229300305	<1>2022-11-01/<2>2022-09-01	<1>1 rok 4 miesiące/<2>1 rok 6 miesięcy	1138.0, Riocyguat	5029,00	5431,32	5757,20	1919,07	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
487	Riociguatum	Adempas, tabl. powl., 1 mg	42 szt.	05908229300336	<1>2022-11-01/<2>2022-09-01	<1>1 rok 4 miesiące/<2>1 rok 6 miesięcy	1138.0, Riocyguat	5029,00	5431,32	5757,20	3838,13	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
488	Riociguatum	Adempas, tabl. powl., 1,5 mg	42 szt.	05908229300367	<1>2022-11-01/<2>2022-09-01	<1>1 rok 4 miesiące/<2>1 rok 6 miesięcy	1138.0, Riocyguat	5029,00	5431,32	5757,20	5757,20	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
489	Riociguatum	Adempas, tabl. powl., 2 mg	42 szt.	05908229300398	<1>2022-11-01/<2>2022-09-01	<1>1 rok 4 miesiące/<2>1 rok 6 miesięcy	1138.0, Riocyguat	5029,00	5431,32	5757,20	5757,20	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
490	Riociguatum	Adempas, tabl. powl., 2,5 mg	42 szt.	05908229300428	<1>2022-11-01/<2>2022-09-01	<1>1 rok 4 miesiące/<2>1 rok 6 miesięcy	1138.0, Riocyguat	5029,00	5431,32	5757,20	5757,20	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
491	Risankizumabum	Skyrizi, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml	1 wstrzyk.po 1 ml	08054083023021	<1>2023-05-01/<2>2023-03-01	2 lata	1211.0, Ryzankizumab	11501,00	12421,08	13166,34	13166,34	<1>B.35.; <2>B.47.	bezpłatny	0 zł
492	Risankizumabum	Skyrizi, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg/0,83 ml	2 ampułko-strzykawki + 2 gaziki nasączone alkoholem	08054083019277	<1>2023-05-01/<2>2023-03-01	2 lata	1211.0, Ryzankizumab	11501,00	12421,08	13166,34	13166,34	<1>B.35.; <2>B.47.	bezpłatny	0 zł
493	Risdiplamum	Evrysdi, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 0,75 mg/ml	1 but. po 80 ml	07613326029896	2022-09-01	2 lata	1254.0, Rysdyplam	35625,21	38475,23	40635,23	40635,23	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
494	Rituximabum	MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	05909990418817	<1><3>2022-07-01/<2>2022-09-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	2036,70	2199,64	2331,61	1097,86	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
495	Rituximabum	MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05909990418824	<1><3>2022-07-01/<2>2022-09-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	5093,10	5500,55	5830,59	2744,66	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
496	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	07613421032975	<1>2023-11-01/<2><3>2022-11-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	959,00	1035,72	1097,86	1097,86	<1>B.33.; <2>B.75.	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**
497	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	07613421032982	<1>2023-11-01/<2><3>2022-11-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	2397,50	2589,30	2744,66	2744,66	<1>B.33.;<2>B.75.	bezpłatny	0 zł
498	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 10 ml	05415062360507	2022-11-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	441,00	476,28	504,86	504,86	<1>B.33.;<2>B.75.	bezpłatny	0 zł
499	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05415062360521	2022-11-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	2205,00	2381,40	2524,28	2524,28	<1>B.33.;<2>B.75.	bezpłatny	0 zł
500	Romiplostimum	Nplate, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 125 mcg	1 fiol. proszku	08715131018139	<1>2023-05-01/<2>2022-09-01	2 lata	1206.0, Romiplostym	1126,98	1217,14	1290,17	1290,17	<1>B.97.;<2>B.98.	bezpłatny	0 zł
501	Romiplostimum	Nplate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 mcg	1 fiol. proszku + zestaw do rozpuszczenia leku	05909990766994	<1>2023-05-01/<2>2022-09-01	2 lata	1206.0, Romiplostym	2253,96	2434,28	2580,34	2580,34	<1>B.97.;<2>B.98.	bezpłatny	0 zł
502	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powl., 100 mg	12 szt.	05909991458720	2023-09-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropoezę - roksadustat	1093,78	1181,28	1252,16	1252,16	B.37.	bezpłatny	0 zł
503	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powl., 150 mg	12 szt.	05909991458737	2023-09-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropoezę - roksadustat	1640,68	1771,93	1878,25	1878,25	B.37.	bezpłatny	0 zł
504	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powl., 20 mg	12 szt.	05909991458690	2023-09-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropoezę - roksadustat	218,79	236,29	250,47	250,47	B.37.	bezpłatny	0 zł
505	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powl., 50 mg	12 szt.	05909991458706	2023-09-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropoezę - roksadustat	546,89	590,64	626,08	626,08	B.37.	bezpłatny	0 zł
506	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powl., 70 mg	12 szt.	05909991458713	2023-09-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropoezę - roksadustat	765,63	826,88	876,50	876,50	B.37.	bezpłatny	0 zł
507	Rurioctocogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 2 ml	00642621067125	2023-05-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	2450,00	2646,00	2804,76	2404,08	B.15.	bezpłatny	0 zł
508	Rurioctocogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	00642621067132	2023-05-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	4900,00	5292,00	5609,52	4808,16	B.15.	bezpłatny	0 zł
509	Rurioctocogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 2 ml	00642621067101	2023-05-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	612,50	661,50	701,19	601,02	B.15.	bezpłatny	0 zł
510	Rurioctocogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 2 ml	00642621067118	2023-05-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	1225,00	1323,00	1402,38	1202,04	B.15.	bezpłatny	0 zł
511	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991198282	<1>2023-11-01/<2>2023-09-01	2 lata	1152.0, Ruksolitynib	12056,25	13020,75	13802,00	9201,33	<1>B.81.;<2>B.149.	bezpłatny	0 zł
512	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991053789	<1>2023-11-01/<2>2023-09-01	2 lata	1152.0, Ruksolitynib	12056,25	13020,75	13802,00	13802,00	<1>B.81.;<2>B.149.	bezpłatny	0 zł
513	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 20 mg	56 szt.	05909991053833	<1>2023-11-01/<2>2023-09-01	2 lata	1152.0, Ruksolitynib	12056,25	13020,75	13802,00	13802,00	<1>B.81.;<2>B.149.	bezpłatny	0 zł
514	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991053758	<1>2023-11-01/<2>2023-09-01	2 lata	1152.0, Ruksolitynib	6028,13	6510,38	6901,01	4600,67	<1>B.81.;<2>B.149.	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**
515	Sacituzumabum govitecanum	Trodelvy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol. proszku	05391507146816	2022-11-01	2 lata	1265.0, Sacytuzumab gowitekan	4300,00	4644,00	4922,64	4922,64	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
516	Satralizumabum	Enspryng, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strzyk.	07613326032322	2022-11-01	2 lata	1260.0, Satralizumab	30500,00	32940,00	34916,40	34916,40	B.138.FM.	bezpłatny	0 zł
517	Sekukinumab	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml	2 amp.-strz./2 wstrz.	05909991203832	<1>2023-07-01/<2><3>2022-11-01/<4>2023-03-01/<5>2022-07-01	2 lata	1180.0, Sekukinumab	4093,86	4421,37	4686,65	4686,65	<1>B.33.;<2>B.35.;<3>B.36.;<4>B.47.;<5>B.82.	bezpłatny	0 zł
518	Sekukinumab	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 mg	1 wstrzykiwacz	07613421040130	<1><2>2022-11-01/<3>2023-03-01	2 lata	1180.0, Sekukinumab	4093,86	4421,37	4686,65	4686,65	<1>B.35.;<2>B.36.;<3>B.47.	bezpłatny	0 zł
519	Sekukinumab	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 75 mg	1 amp.-strz. 0,5 ml	07613421049416	2023-09-01	2 lata	1180.0, Sekukinumab	1023,47	1105,35	1171,67	1171,67	<1>B.33.;<2>B.47.	bezpłatny	0 zł
520	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 1000 µg	60 szt.	07640111932796	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	62000,00	66960,00	69120,00	69120,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
521	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 1200 µg	60 szt.	07640111932802	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	74400,00	80352,00	82512,00	82512,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
522	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 1400 µg	60 szt.	07640111932819	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	86800,00	93744,00	95904,00	95904,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
523	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 1600 µg	60 szt.	07640111932826	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	99200,00	107136,00	109296,00	109296,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
524	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 200 µg	140 szt.	07640111932833	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	28933,33	31248,00	33122,88	33122,88	B.31.	bezpłatny	0 zł
525	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 200 µg	60 szt.	07640111932758	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	12400,00	13392,00	14195,52	14195,52	B.31.	bezpłatny	0 zł
526	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 400 µg	60 szt.	07640111932765	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	24800,00	26784,00	28391,04	28391,04	B.31.	bezpłatny	0 zł
527	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 600 µg	60 szt.	07640111932772	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	37200,00	40176,00	42336,00	42336,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
528	Selexipagum	Uptravi, tabl. powl., 800 µg	60 szt.	07640111932789	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	49600,00	53568,00	55728,00	55728,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
529	Selpercatinibum	Retsevmo, kaps. twarde, 40 mg	56 szt.	08586009570529	2023-09-01	2 lata	1283.0, Selperkatynib	9991,81	10791,15	11438,63	11438,63	B.108.FM	bezpłatny	0 zł
530	Selpercatinibum	Retsevmo, kaps. twarde, 80 mg	112 szt.	08586009570536	2023-09-01	2 lata	1283.0, Selperkatynib	39967,22	43164,60	45324,60	45324,60	B.108.FM	bezpłatny	0 zł
531	Sildenafili citras	Sildenafil Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991338015	2023-01-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	50,00	54,00	57,24	57,24	B.31.	bezpłatny	0 zł
532	Sildenafilum	Granpidam, tabletki powlekane, 20 mg	90 szt.	05055565731932	2022-09-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	200,00	216,00	228,96	103,03	B.31.	bezpłatny	0 zł
533	Sildenafilum	Remidia, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05903060610545	2022-07-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	90,00	97,20	103,03	103,03	B.31.	bezpłatny	0 zł
534	Sildenafilum	Revatio, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 10 mg/ml	1 but. po 112 ml	05909990967780	2022-07-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	827,33	893,52	947,13	64,11	B.31.	bezpłatny	0 zł
535	Sildenafilum	Sildenafil Zentiva, tabletki powlekane, 20 mg	90 szt.	05909991355715	2021-05-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	200,00	216,00	228,96	103,03	B.31.	bezpłatny	0 zł
536	Sildenafilum	Silungo, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991408299	2022-05-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	400,00	432,00	457,92	103,03	B.31.	bezpłatny	0 zł
537	Siltuximabum	Sylvant, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol. po 8 ml	05060146292276	2022-07-01	1 rok 10 miesięcy	1243.0, Siltuksymab	2296,91	2480,66	2629,50	2629,50	B.131.	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**
538	Siltuximabum	Sylvant, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 400 mg	1 fiol. po 30 ml	05060146292481	2022-07-01	1 rok 10 miesięcy	1243.0, Siltuksymab	9187,64	9922,65	10518,01	10517,99	B.131.	bezpłatny	0 zł
539	Simoktokog alfa	Nuwiq, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.po 2,5 ml	05909991211936	2022-03-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	2380,00	2570,40	2724,62	2404,08	B.15.	bezpłatny	0 zł
540	Simoktokog alfa	Nuwiq, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.po 2,5 ml	05909991211943	2022-03-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	4760,00	5140,80	5449,25	4808,16	B.15.	bezpłatny	0 zł
541	Simoktokog alfa	Nuwiq, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.po 2,5 ml	05909991211912	2022-03-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	595,00	642,60	681,16	601,02	B.15.	bezpłatny	0 zł
542	Simoktokog alfa	Nuwiq, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.po 2,5 ml	05909991211929	2022-03-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	1190,00	1285,20	1362,31	1202,04	B.15.	bezpłatny	0 zł
543	Siponimodum	Mayzent, tabl. powl., 0,25 mg	12 szt.	07613421024598	2022-11-01	2 lata	1258.0, Siponimod	660,00	712,80	755,57	377,78	B.29.	bezpłatny	0 zł
544	Siponimodum	Mayzent, tabl. powl., 0,25 mg	120 szt.	07613421034931	2022-11-01	2 lata	1258.0, Siponimod	6600,00	7128,00	7555,68	3777,84	B.29.	bezpłatny	0 zł
545	Siponimodum	Mayzent, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	07613421058906	2023-11-01	2 lata	1258.0, Siponimod	6160,00	6652,80	7051,97	3525,98	B.29.	bezpłatny	0 zł
546	Siponimodum	Mayzent, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	07613421024581	2022-11-01	2 lata	1258.0, Siponimod	6160,00	6652,80	7051,97	7051,97	B.29.	bezpłatny	0 zł
547	Sofosbuvirum + Velpatasvirum	Epclusa, tabl. powl., 400 + 100 mg	28 szt.	05391507142108	2022-09-01	3 lata	1135.6, Leki przeciwwirusowe: sofosbuwir, velpataswir	35200,00	38016,00	40176,00	40176,00	B.71.	bezpłatny	0 zł
548	Sofosbuvirum + Velpatasvirum + Voxilaprevirum	Vosevi, tabl. powl., 400 + 100 + 100 mg	28 szt.	05391507143303	2023-05-01	2 lata	1135.7, Leki przeciwwirusowe - sofosbuwir, welpataswir, woksylaprewir	49000,00	52920,00	55080,00	55080,00	B.71.	bezpłatny	0 zł
549	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	<1><2><3><4>2022-01-01/<5>2022-11-01	<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
550	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	<1><2><3><4>2022-01-01/<5>2022-11-01	<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
551	Somatropinum	Norditropin NordiFlex, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 10 mg/1,5 ml	1 wstrzykiwacz 1,5 ml	05909991414665	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1077.0, Somatropinum	761,85	822,80	872,16	641,09	<1>B.19.; B.38.; B.42.; <2>B.111.	bezpłatny	0 zł
552	Somatropinum	Norditropin NordiFlex, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 5 mg/1,5 ml	1 wstrzykiwacz 1,5 ml	05712249117498	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1077.0, Somatropinum	380,92	411,39	436,08	320,54	<1>B.19.; B.38.; B.42.; <2>B.111.	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**
553	Somatropinum	Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/1,5 ml (30 j.m.)	5 wkł.po 1,5 ml	05909990072897	<1><2><3><4>2022-07-01/<5>2022-01-01/<6>2022-11-01	<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
554	Somatropinum	Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 5 mg/1,5 ml (15 j.m.)	5 wkł.po 1,5 ml	05909990050161	<1><2><3><4>2022-07-01/<5>2022-01-01/<6>2022-11-01	<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
555	Sorafenibum	Nexavar, tabl. powl., 200 mg	112 szt.	05909990588169	2023-07-01	10 miesięcy	1078.1, Sorafenib - 2	8900,00	9612,00	10188,72	10188,72	B.119.	bezpłatny	0 zł
556	Sotorasibum	Lumykras, tabl. powl., 120 mg	240 szt.	08715131024895	2023-09-01	2 lata	1282.0, Sotorasib	49368,00	53317,44	55477,44	55477,44	B.6.	bezpłatny	0 zł
557	Tafasitamabum	Minjuvi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol. proszku	09088885500694	2023-05-01	2 lata	1275.0, Tafasytamab	3714,50	4011,66	4252,36	4252,36	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
558	Talazoparibum	Talzenna, kapsułki twarde, 0,25 mg	30 szt.	05415062348826	2022-11-01	2 lata	1263.0, Talazoparyb	5853,03	6321,27	6700,55	5026,61	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
559	Talazoparibum	Talzenna, kapsułki twarde, 1 mg	30 szt.	05415062348789	2022-11-01	2 lata	1263.0, Talazoparyb	17563,26	18968,32	20106,42	20106,42	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
560	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, Temsyrolimus	2518,00	2719,44	2882,61	2882,61	B.10.	bezpłatny	0 zł
561	Tenofoviri disoproxil	Tenofovir disoproxil Zentiva, tabletki powlekane, 245 mg	30 szt.	05909991298708	<1>2021-05-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	255,00	275,40	291,92	291,92	<1>B.1.;<2>B.106.	bezpłatny	0 zł
562	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir disoproxil Accord, tabl. powl., 245 mg	30 szt.	05909991330026	<1>2021-03-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	300,00	324,00	343,44	343,44	<1>B.1.;<2>B.106.	bezpłatny	0 zł
563	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir disoproxil Aurovitas, tabl. powl., 245 mg	30 szt.	05909991379704	<1>2023-09-01/<2>2022-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	65,00	70,20	74,41	74,41	<1>B.1.;<2>B.106.	bezpłatny	0 zł
564	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir disoproxil Mylan, tabl. powl., 245 mg	30 szt.	05902020926801	<1>2022-07-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	455,00	491,40	520,88	343,44	<1>B.1.;<2>B.106.	bezpłatny	0 zł
565	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir Polpharma, tabl. powl., 245 mg	30 szt.	05909991335533	<1>2021-03-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	300,00	324,00	343,44	343,44	<1>B.1.;<2>B.106.	bezpłatny	0 zł
566	Teriflunomidum	Aubagio, tabl. powl., 14 mg	28 szt.	05909991088170	2023-05-01	1 rok 2 miesiące	1159.0, Teryflunomid	2770,00	2991,60	3171,10	3171,10	B.29.	bezpłatny	0 zł
567	Tisagenlecleucelum	Kymriah, dyspersja do infuzji, 1,2 x 10^6 – 6 x 10^8 komórek	1 lub więcej worków infuzyjnych	05909991384388	<1>2022-05-01/<2>2023-09-01	2 lata	1226.0, Tisagenlecleucel	1272000,00	1373760,00	1375920,00	1375920,00	<1>B.12.FM.;<2>B.65.	bezpłatny	0 zł
568	Tobramycinum	Bramitob, roztwór do nebulizacji, 300 mg/4 ml	56 poj.po 4 ml	05909990045976	2022-07-01	3 lata	1081.0, Tobramycinum	5590,00	6037,20	6399,43	3090,96	B.27.	bezpłatny	0 zł
569	Tobramycinum	Tobramycin Via pharma, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml	56 amp. 5 ml	05909991308292	2021-03-01	3 lata	1081.0, Tobramycinum	4300,00	4644,00	4922,64	3090,96	B.27.	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**
570	Tobramycinum	Tobramycyna SUN, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml	56 amp. 5 ml	05909991321444	2021-11-01	3 lata	1081.0, Tobramycinum	2700,00	2916,00	3090,96	3090,96	B.27.	bezpłatny	0 zł
571	Tocilizumabum	RoActemra, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg	4 amp.-strz. po 0,9 ml	05902768001075	2022-01-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	2730,00	2948,40	3125,30	3125,30	B.33.	bezpłatny	0 zł
572	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 10 ml	05000471007046	2021-05-01	3 lata	1106.0, Tocilizumab	975,00	1053,00	1116,18	964,60	B.33.	bezpłatny	0 zł
573	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05000471007039	2021-05-01	3 lata	1106.0, Tocilizumab	390,00	421,20	446,47	385,84	B.33.	bezpłatny	0 zł
574	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990678259	2023-01-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	975,00	1053,00	1116,18	964,60	B.33.	bezpłatny	0 zł
575	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990678266	2023-01-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	1950,00	2106,00	2232,36	1929,20	B.33.	bezpłatny	0 zł
576	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990678273	2023-01-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	390,00	421,20	446,47	385,84	B.33.	bezpłatny	0 zł
577	Tofacitinibum	Xeljanz, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05415062342800	2022-09-01	2 lata	1193.0, Tofacytynib	5400,00	5832,00	6181,92	6181,92	B.55.	bezpłatny	0 zł
578	Tofacitinibum	Xeljanz, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05907636977100	<1>2023-09-01/<2><4>2022-09-01/<3>2023-07-01	2 lata	1193.0, Tofacytynib	2540,00	2743,20	2907,79	2907,79	<1>B.33.;<2>B.35.;<3>B.36.;<4>B.55.	bezpłatny	0 zł
579	Tolvaptanum	Jinarc, tabl., 15 ; 45 mg	28+28 szt.	05038256002115	2023-11-01	2 lata	1232.0, Tolwaptan	2254,00	2434,32	2580,38	2580,38	B.126.	bezpłatny	0 zł
580	Tolvaptanum	Jinarc, tabl., 30 ; 60 mg	28+28 szt.	05038256002122	2023-11-01	2 lata	1232.0, Tolwaptan	3381,00	3651,48	3870,57	3870,57	B.126.	bezpłatny	0 zł
581	Tolvaptanum	Jinarc, tabl., 30 ; 90 mg	28+28 szt.	05038256002139	2023-11-01	2 lata	1232.0, Tolwaptan	4508,00	4868,64	5160,76	5160,76	B.126.	bezpłatny	0 zł
582	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Botox, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 100 jednostek Allergan kompleksu neurotoksyny Clostridium botulinum typu A	1 fiol.	05909990674817	<1><2><5>2022-07-01/<3>2021-09-01/<4>2022-09-01	<1><2><3><4>3 lata/<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
583	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Dysport, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 300 j.	1 fiol.po 300 j.	05909991072094	<1><2>2022-01-01/<3>2023-11-01	<1><2>3 lata/<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
584	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Dysport, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.	1 fiol.po 500 j.	05909990729227	<1><2>2022-01-01/<3>2023-11-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1055.3, toksyny botulinowe - 3	997,02	1076,78	1141,39	1141,39	<1>B.28.;<2>B.30.;<3>B.57.	bezpłatny	0 zł
585	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Xeomin , proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 100 j.	1 fiol.po 100 j. (LD50)	05909990643950	<1>2022-07-01/<2>2022-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1055.1, toksyny botulinowe - 1	567,01	612,37	649,11	649,11	<1>B.28.;<2>B.57.	bezpłatny	0 zł
586	Trabectedinum	Yondelis, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 0,25 mg	1 fiol.	05909990635177	2022-09-01	3 lata	1088.0, Trabectedin	1641,81	1773,15	1879,55	1879,55	B.8.	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**
587	Trabectedinum	Yondelis, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol.	05909990635184	2022-09-01	3 lata	1088.0, Trabectedin	6332,30	6838,88	7249,22	7249,22	B.8.	bezpłatny	0 zł
588	Tralokinumabum	Adtralza, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150 mg	4 amp.-strzyk. 1 ml	03400930230268	2023-11-01	2 lata	1290.0, Tralokinumab	4000,00	4320,00	4579,20	4579,20	B.124.	bezpłatny	0 zł
589	Trametinibum	Mekinist, tabl. powl., 0,5 mg	30 szt.	05909991141813	2023-01-01	2 lata	1157.0, Trametynib	5284,00	5706,72	6049,12	6049,12	B.59.	bezpłatny	0 zł
590	Trametinibum	Mekinist, tabl. powl., 2 mg	30 szt.	05909991141851	2023-01-01	2 lata	1157.0, Trametynib	21136,00	22826,88	24196,49	24196,49	B.59.	bezpłatny	0 zł
591	Trastuzumab deruxtecan	Enhertu, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	04260161043629	2023-11-01	2 lata	1082.2, Trastuzumab derukstekan	7501,70	8101,84	8587,94	8587,94	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
592	Trastuzumabum	Herceptin, roztwór do wstrzykiwań, 600 mg/5 ml	1 fiol. po 5 ml	05902768001037	2023-09-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	6412,50	6925,50	7341,03	2813,53	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
593	Trastuzumabum emtansinum	Kadcyla, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol. proszku	05902768001044	2023-11-01	2 lata	1082.1, Trastuzumab emtanzyna	5389,50	5820,66	6169,90	6169,90	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
594	Trastuzumabum emtansinum	Kadcyla, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 160 mg	1 fiol. proszku	05902768001051	2023-11-01	2 lata	1082.1, Trastuzumab emtanzyna	8623,50	9313,38	9872,18	9872,18	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
595	Treprostinilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 1 mg/ml	20 ml	05909990046805	2021-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	4200,00	4536,00	4808,16	4808,16	B.31.	bezpłatny	0 zł
596	Treprostinilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml	20 ml	05909990046850	2021-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	10500,00	11340,00	12020,40	12020,40	B.31.	bezpłatny	0 zł
597	Treprostinilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	20 ml	05909990046867	2021-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	21000,00	22680,00	24040,80	24040,80	B.31.	bezpłatny	0 zł
598	Treprostynilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990046874	2021-05-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	42000,00	45360,00	47520,00	47520,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
599	Treprostynilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418618	2023-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	2100,00	2268,00	2404,08	2404,08	B.31.	bezpłatny	0 zł
600	Treprostynilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418649	2023-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	21000,00	22680,00	24040,80	24040,80	B.31.	bezpłatny	0 zł
601	Treprostynilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418625	2023-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	5250,00	5670,00	6010,20	6010,20	B.31.	bezpłatny	0 zł
602	Treprostynilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418632	2023-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	10500,00	11340,00	12020,40	12020,40	B.31.	bezpłatny	0 zł
603	Trientinum tetrahydrochloridum	Cuprior, tabl. powl., 150 mg	72 szt.	05350626000102	2023-09-01	2 lata	1229.0, Trientyna	11295,00	12198,60	12930,52	12930,52	B.123.	bezpłatny	0 zł
604	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powl., 15+6,14 mg	20 szt.	05901571320618	<1>2023-11-01/<2>2023-09-01	2 lata	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	2120,98	2290,66	2428,10	2428,10	<1>B.4.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
605	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powl., 15+6,14 mg	60 szt.	05901571320625	<1>2023-11-01/<2>2023-09-01	2 lata	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	6362,93	6871,96	7284,29	7284,29	<1>B.4.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
606	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powl., 20+8,19 mg	20 szt.	05901571320632	<1>2023-11-01/<2>2023-09-01	2 lata	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	2827,97	3054,21	3237,46	3237,46	<1>B.4.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
607	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powl., 20+8,19 mg	60 szt.	05901571320649	<1>2023-11-01/<2>2023-09-01	2 lata	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	8483,90	9162,61	9712,36	9712,36	<1>B.4.; <2>B.58.	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**
608	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	2022-01-01	3 lata	1070.0, analogi gonadoliberyny	249,00	268,92	285,06	285,06	B.18.	bezpłatny	0 zł
609	Tucatinibum	Tukysa, tabl. powl., 150 mg	84 szt.	08720295000180	2023-07-01	2 lata	1279.0, Tukatynib	19950,00	21546,00	22838,76	22838,76	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
610	Tucatinibum	Tukysa, tabl. powl., 50 mg	88 szt.	08720295000173	2023-07-01	2 lata	1279.0, Tukatynib	6966,00	7523,28	7974,68	7974,68	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
611	Turoctocogum alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	05909991203399	2023-11-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	1740,00	1879,20	1991,95	1991,95	B.15.	bezpłatny	0 zł
612	Turoctocogum alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	05909991203405	2023-11-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	2610,00	2818,80	2987,93	2987,93	B.15.	bezpłatny	0 zł
613	Turoctocogum alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	05909991203412	2023-11-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	3480,00	3758,40	3983,90	3983,90	B.15.	bezpłatny	0 zł
614	Turoctocogum alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	05909991203375	2023-11-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	435,00	469,80	497,99	497,99	B.15.	bezpłatny	0 zł
615	Turoctocogum alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	05909991203429	2023-11-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	5220,00	5637,60	5975,86	5975,86	B.15.	bezpłatny	0 zł
616	Turoctocogum alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	05909991203382	2023-11-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinate	870,00	939,60	995,98	995,98	B.15.	bezpłatny	0 zł
617	Tyldrakizumabum	Ilumetri, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 ampułko-strzykawka 1 ml	08430308131700	2023-11-01	2 lata	1233.0, Tyldrakizumab	11900,00	12852,00	13623,12	13623,12	B.47.	bezpłatny	0 zł
618	Upadacitinibum	Rinvoq, tabl. o przedł. uwalnianiu, 15 mg	28 szt.	08054083020334	<1><2><3>2022-07-01/<4>2022-11-01	2 lata	1244.0, Upadacytynib	3094,00	3341,52	3542,01	3542,01	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.124.	bezpłatny	0 zł
619	Ustekinumabum	Stelara, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg	1 fiolka (30ml)	05909991307066	2022-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	17622,22	19032,00	20173,91	20173,91	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
620	Ustekinumabum	Stelara, roztwór do wstrzykiwań , 45 mg	1 amp-strz.	05909997077505	2023-01-01	3 lata	1107.0, Ustekinumab	9229,14	9967,47	10565,52	6983,28	B.47.	bezpłatny	0 zł
621	Ustekinumabum	Stelara, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 90 mg	1 amp-strz.	05909997077512	2022-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	12200,00	13176,00	13966,56	13966,56	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
622	Vandetanibum	Caprelsa, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990935437	2023-01-01	2 lata	1202.0, Wandetanib	4507,50	4868,10	5160,19	5160,19	B.108.FM	bezpłatny	0 zł
623	Vandetanibum	Caprelsa, tabl. powl., 300 mg	30 szt.	05909990935444	2023-01-01	2 lata	1202.0, Wandetanib	12352,50	13340,70	14141,14	14141,14	B.108.FM	bezpłatny	0 zł
624	Vedolizumabum	Entyvio, roztwór do wstrzykiwań, 108 mg/0,68 ml	2 wstrzyk. po 0,68 ml	07038319122857	2022-07-01	2 lata	1176.0, Wedolizumab	2865,00	3094,20	3279,85	3279,85	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
625	Vedolizumabum	Entyvio, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. proszku	05909991138202	2022-01-01	2 lata	1176.0, Wedolizumab	5730,00	6188,40	6559,70	6559,70	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**
626	Velaglucerasum alfa	Vpriv, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.m.	1 fiol.	05909990816774	2022-07-01	3 lata	1123.0, Welagluceraza alfa	4470,00	4827,60	5117,26	5117,26	B.23.	bezpłatny	0 zł
627	Vemurafenibum	Zelboraf, tabl. powl., 240 mg	56 szt.	05909990935581	2022-01-01	3 lata	1108.0, Wemurafenib	4695,75	5071,41	5375,70	5375,70	B.59.	bezpłatny	0 zł
628	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powl., 10 mg	14 szt.	08054083013688	<1>2023-11-01/<2>2022-09-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	239,13	258,26	273,76	273,76	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
629	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powl., 100 mg	112 szt.	08054083013916	<1>2023-11-01/<2>2022-09-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	19130,40	20660,83	21900,48	21900,48	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
630	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powl., 100 mg	14 szt.	08054083013701	<1>2023-11-01/<2>2022-09-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	2391,30	2582,60	2737,56	2737,56	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
631	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powl., 100 mg	7 szt.	08054083013695	<1>2023-11-01/<2>2022-09-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	1195,65	1291,30	1368,78	1368,78	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
632	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powl., 50 mg	7 szt.	08054083013718	<1>2023-11-01/<2>2022-09-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	597,83	645,66	684,40	684,39	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
633	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
634	Zanubrutinibum	Brukinsa, kaps. twarde, 80 mg	120 szt.	08720598340112	2023-07-01	2 lata	1166.2, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - zanubrutynib	21552,00	23276,16	24672,73	24672,73	B.146.	bezpłatny	0 zł

Załącznik B.1.

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**
1. Kryteria kwalifikacji 1.1. Do programu są kwalifikowani świadczeniobiorcy w wieku powyżej 3 lat, chorzy na przewlekle 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: 1) poziom wiremii HBV DNA powyżej 2000 IU/mL oraz 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 lub 3) zmiany histologiczne w wątrobie potwierdzające rozpoznanie przewlekłego zapalenia wątroby lub 4) sztywność tkanki wątrobowej wskazująca na znaczące włóknienie (>7,0 kPa) w badaniu elastograficznym wątroby. 1.2. Do programu są kwalifikowani przy stwierdzeniu wiremii HBV DNA (niezależnie od jego poziomu):	**1. Interferon** Interferon pegylowany alfa-2a: a) 90 µg/0,5 ml roztwór do wstrzykiwań, b) 135 µg/0,5 ml roztwór do wstrzykiwań, c) 180 µg/0,5 ml roztwór do wstrzykiwań; 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. **2. Analogi nukleozydowe lub nukleotydowe** 1) lamiwudyna: a) tabletki po 100 mg - raz dziennie 1 tabletka; 2) entekawir: a) tabletki po 0,5 mg - raz dziennie 1 tabletka u osób uprzednio nieleczonych	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia interferonem i analogami nukleozydów lub nukleotydów** 1) poziom wiremii HBV DNA; 2) oznaczenie antygenu HBs; 3) oznaczenie antygenu HBe; 4) oznaczenie przeciwciał anty-HBe; 5) oznaczenie przeciwciał anty-HCV; 6) oznaczenie przeciwciał anty-HIV; 7) morfologia krwi; 8) oznaczenie poziomu ALT; 9) proteinogram; 10) czas lub wskaźnik protrombinowy; 11) oznaczenie stężenia mocznika i kreatyniny; 12) USG jamy brzusznej; 13) biopsja wątroby – w przypadkach uzasadnionych kryteriami kwalifikacji; 14) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. Przy kwalifikacji do leczenia interferonem dodatkowo: 1) oznaczenie poziomu glukozy;

1) świadczeniobiorcy z marskością wątroby (świadczeniobiorcy z niewyrównaną marskością wątroby są leczeni w trybie pilnym); 2) świadczeniobiorcy oczekujący na przeszczep wątroby; 3) świadczeniobiorcy z planowaną lub rozpoczętą terapią immunosupresyjną, w tym biologiczną, lub chemioterapią przeciwnowotworową; 4) świadczeniobiorcy, u których rozpoczyna się planowane leczenie zakażenia HCV. 1.3. Do programu mogą zostać zakwalifikowanie kobiety w trzecim trymestrze ciąży z wiremią HBV DNA powyżej 200 000 IU/ml, jeśli lekarz uzna to za zasadne. **2. Leczenie** 2.1. U pacjentów dotychczas nieleczonych stosuje się interferon pegylowany alfa-2a albo analog nukleozydowy - entekawir lub nukleotydowy - tenofowir. 2.2. Choroby lub stany wykluczające stosowanie interferonu: 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);	analogami nukleozydowymi lub nukleotydowymi, b) tabletki po 1,0 mg - raz dziennie 1 tabletka u osób uprzednio leczonych analogami nukleozydowymi lub nukleotydowymi; 3) tenofowir: a) tabletki po 245 mg - raz dziennie 1 tabletka. W przypadku pacjentów z zaburzeniami czynności nerek możliwa jest zmiana dawkowania entekawiru i tenofowiru zgodnie z odpowiednimi Charakterystykami Produktu Leczniczego.	2) oznaczenie przeciwciał; 3) oznaczenie poziomu TSH; 4) oznaczenie poziomu fT4 lub fT3. **2. Monitorowanie leczenia interferonem** 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, f) oznaczenie antygenu HBsAg metodą ilościową; 2) w 2, 4, 6, 8, 12,16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48 tygodniu: a) morfologia krwi, b) oznaczenie poziomu ALT; 3) w 4, 12, 24, 48 tygodniu - oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) w 12 tygodniu: a) poziom wiremii HBV DNA, b) oznaczenie antygenu HBsAg metodą ilościową; 5) w 24, 48 tygodniu: a) oznaczenie antygenu HBsAg, b) oznaczenie antygenu HBeAg, c) oznaczenie przeciwciał anty-HBe, d) poziom wiremii HBV DNA; 6) w 12, 24, 36, 48 tygodniu: 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 wiremii HBV DNA o co najmniej 1 $\log_{10}$; 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 kub tenofowiru. 2.6. Po pierwszych 12 tygodniach leczenia analogami nukleozydowymi lub nukleotydowymi należy ocenić ich skuteczność. Dla kontynuacji leczenia konieczne jest obniżenie początkowych wartości wiremii HBV DNA co najmniej o 1 $\log_{10}$.		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 nukleotydów** 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 wiremii 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 wiremii 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 nukleotydowym 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 wiremii 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 wiremii 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 miesięcy. 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.

Załącznik B.4.

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**
W programie finansuje się leczenie systemowe pacjentów z zaawansowanym rakiem jelita grubego (RJG) substancjami: I. w zakresie **chemioterapii i leczenia celowanego**: 1) ***cetuksymab*;** 2) ***panitumumab*;** 3) ***aflibercept*;** 4) ***triflurydyna* z *typiracylem*.** II. w zakresie **immunoterapii**: 1) ***pembrolizumab*;** 2) ***niwolumab* w skojarzeniu z *ipilimumabem*.** W **leczeniu zaawansowanego raka jelita grubego** stosowane są: 1) ***cetuksymab*** lub ***panitumumab*** (leki anty-EGFR) w skojarzeniu z chemioterapią według schematu ***FOLFOX*** lub ***FOLFIRI*** w **pierwszej linii chemioterapii** pacjentów z potwierdzoną nieobecnością mutacji w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecnością mutacji BRAF V600E. Dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie immunoterapii z powodu RJG. W przypadku skojarzenia leku anty-EGFR z chemioterapią według schematu *FOLFOX*, u pacjentów, którzy otrzymali	**1. Dawkowanie** **1.1.** *cetuksymab, panitumumab* Zalecana dawka ***cetuksymabu*** wynosi: 1) **400 mg/m²** powierzchni ciała (pierwsza dawka) oraz **250 mg/m²** powierzchni ciała (kolejne dawki) w odstępach 7-dniowych lub 2) **500 mg/m²** powierzchni ciała w odstępach 14-dniowych. Zalecana dawka ***panitumumabu*** wynosi **6 mg/kg** masy ciała w odstępach 14-dniowych. *Cetuksymab* lub *panitumumab* stosowany jest w monoterapii lub wraz z chemioterapią według schematu ***FOLFIRI*** lub ***FOLFOX*** (pierwsza linia chemioterapii). W pierwszej linii chemioterapii możliwe jest przerwanie leczenia całkowicie lub częściowo (monoterapia anty-EGFR, sama chemioterapia, w tym deeskalowana) w sytuacji potwierdzenia obiektywnej odpowiedzi lub stabilizacji choroby (ocena na podstawie wyników dwóch kolejnych badań obrazowych).	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) histologiczne potwierdzenie raka jelita grubego; 2) ocena stanu genów KRAS i NRAS (wykluczenie obecności mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz wykluczenie mutacji w genie BRAF V600E - dla *cetuksymabu* i *panitumumabu*; 3) ocena i potwierdzenie niestabilności mikrosatelitarnej wysokiego stopnia (ang. MSI-H) lub zaburzeń mechanizmów naprawy uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR) - dla *pembrolizumabu* oraz *niwolumabu* w skojarzeniu z *ipilimumabem*; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 6) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 9) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT) oraz INR lub czasu protrombinowego (PT) – dla *afliberceptu*; 10) oznaczenie stężenia magnezu - dla *cetuksymabu* i *panitumumabu*;

oksaliplatynę w ramach uzupełniającej chemioterapii pooperacyjnej, konieczne jest zachowanie co najmniej 12-miesięcznego odstępu od zakończenia uzupełniającej chemioterapii pooperacyjnej zawierającej *oksaliplatynę*. 2) ***pembrolizumab*** 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. 3) ***aflibercept*** w skojarzeniu z chemioterapią według schematu ***FOLFIRI*** w **drugiej linii chemioterapii** po udokumentowanej nieskuteczności zastosowanej w zaawansowanym stadium chemioterapii 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 *irynotekanem* lub *afliberceptem*. 4) ***niwolumab*** w skojarzeniu z ***ipilimumabem*** w **drugiej albo kolejnych liniach leczenia systemowego** pacjentów z potwierdzoną niestabilnością mikrosatelitarną wysokiego stopnia (ang. MSI-H) lub zaburzeniami mechanizmów naprawy uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR), u których stwierdzono nieskuteczność lub nieakceptowalną toksyczność wcześniejszej chemioterapii co najmniej dwulekowej zawierającej *fluoropirymidynę* w skojarzeniu z *oksaliplatyną* lub *irynotekanem*. *Niwolumab* w skojarzeniu z *ipilimumabem* nie mogą być zastosowane jeśli pacjent wcześniej otrzymał immunoterapię z powodu RJG. 5) ***cetuksymab*** lub ***panitumumab*** (leki anty-EGFR) w monoterapii u chorych z progresją po wcześniejszej chemioterapii	Chemioterapia według schematu *FOLFIRI* i *FOLFOX* – stosowana w odstępach 14-dniowych. W uzasadnionych przypadkach można zredukować dawki leków cytotoksycznych, a także wydłużyć przerwę pomiędzy cyklami leczenia (w szczególności w przypadku powikłań hematologicznych). W przypadku uzyskania w co najmniej dwóch kolejnych ocenach obrazowych obiektywnej odpowiedzi lub stabilizacji na leczenie pierwszej linii, leczenie można przerwać całkowicie lub częściowo pod warunkiem kontynuowania oceny odpowiedzi na leczenie zgodnie z zapisami programu (monitorowanie bezpieczeństwa zależy od sytuacji klinicznej). Po stwierdzeniu progresji choroby lub z innych powodów leczenie może być wznowione, o ile nadal spełnione są kryteria kwalifikowania. Jeżeli przerwano stosowanie *cetuksymabu* lub *panitumumabu* z innych powodów np. z powodu działań niepożądanych, to maksymalny czas opóźnienia podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 8 tygodni. **1.2.** *pembrolizumab* Zalecana dawka ***pembrolizumabu*** wynosi **200 mg** co 3 tygodnie lub **400 mg** co 6 tygodni. Jeżeli przerwano stosowanie *pembrolizumabu* np. z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas opóźnienia podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 12 tygodni.	11) oznaczenie stężenia fT4 i TSH - dla *pembrolizumabu* oraz *niwolumabu* w skojarzeniu z *ipilimumabem*; 12) elektrokardiogram (EKG); 13) pomiar ciśnienia tętniczego – dla *aflibercептu;* 14) badanie ogólne moczu – dla *aflibercептu;* 15) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 16) badanie TK jamy brzusznej, miednicy i klatki piersiowej; inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej; 17) 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); 18) badanie TK lub MR mózgu w przypadku wskazań klinicznych, w celu wykluczenia przerzutów; 19) 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 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) oznaczenie stężenia magnezu – dla *cetuksymabu i panitumumabu;* 7) oznaczenie poziomu TSH i fT4 – dla *pembrolizumabu* oraz *niwolumabu* w skojarzeniu z *ipilimumabem*;

zawierającej *fluoropirymidynę*, *oksaliplatynę* i *irynotekan* (stosowanych sekwencyjnie lub równoczasowo) lub z udokumentowanymi przeciwskazaniami do zastosowania wymienionych leków oraz z potwierdzoną nieobecnością mutacji w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecnością mutacji BRAF V600E. Dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie immunoterapii z powodu RJG. Do terapii anty-EGFR nie mogą być kwalifikowani pacjenci leczeni wcześniej *cetuksymabem* lub *panitumumabem* z powodu RJG.

6) ***triflurydyna*** z ***typiracylem*** w **drugiej albo kolejnych liniach chemioterapii** po udokumentowanej nieskuteczności wcześniejszej chemioterapii opartej na *fluoropirymidynie*, *oksaliplatynie* i *irynotekanie*, lekach anty-VEGF oraz anty-EGFR lub braku możliwości zastosowania wymienionych metod. Dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie immunoterapii z powodu RJG. Do terapii nie mogą być kwalifikowani pacjenci leczeni wcześniej *triflurydną* z *typiracylem* z powodu RJG.

W przypadku stwierdzenia nieakceptowalnej toksyczności leku anty-EGFR, która skutkuje koniecznością zakończenia tego leczenia, możliwa jest w uzasadnionych przypadkach zmiana terapii na inny lek z grupy anty-EGFR, przy czym taka zmiana nie zmienia linii leczenia. Progresja choroby w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia uniemożliwia taką procedurę.

1. Kryteria kwalifikacji do leczenia zaawansowanego raka jelita grubego

1.3. *aflibercept*

Zalecana dawka ***afliberceptu*** wynosi **4 mg/kg** masy ciała podawana wyłącznie w skojarzeniu z chemioterapią według schematu *FOLFIRI* – jeden cykl leczenia.

Cykl leczenia powtarza się co dwa tygodnie.

Jeżeli przerwano stosowanie *afliberceptu* np. z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas opóźnienia podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 8 tygodni.

1.4. *niwolumab* w skojarzeniu z *ipilimumabem*

Leczenie składa się z fazy indukującej oraz fazy podtrzymującej.

1) w fazie indukującej (leczenie skojarzone) zlecane dawkowanie wynosi: ***niwolumab*** w dawce **3 mg/kg** masy ciała w skojarzeniu z ***ipilimumabem*** w dawce **1 mg/kg** masy ciała co 3 tygodnie w przypadku pierwszych 4 dawek;
2) w fazie podtrzymującej (monoterapia) zalecana dawka ***niwolumabu*** wynosi 240 mg co 2 tygodnie.

W fazie monoterapii, pierwszą dawkę *niwolumabu* należy podać 3 tygodnie po ostatniej dawce *niwolumabu* stosowanego w skojarzeniu z *ipilimumabem*.

Jeżeli przerwano stosowanie *niwolumabu* w skojarzeniu z *ipilimumabem* lub *niwolumabu* w monoterapii w fazie podtrzymującej np. z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas

8) elektrokardiogram (EKG) – dla *pembrolizumabu* oraz *niwolumabu* w skojarzeniu z *ipilimumabem*;
9) pomiar ciśnienia tętniczego – dla *afliberceptu;*
10) badanie ogólne moczu – dla *afliberceptu*;
11) ocena powikłań skórnych – dla *cetuksymabu* i *panitumumabu*;

W przypadku leczenia:

1) *cetuksymabem* lub *panitumumabem* skojarzonego z chemioterapią w pierwszej linii leczenia powyższe badania w ppkt 1), 2) oraz 11) wykonuje się przed rozpoczęciem każdego cyklu leczenia. Pozostałe badania wykonuje się przed rozpoczęciem co drugiego cyklu leczenia;
2) *cetuksymabem* lub *panitumumabem* w monoterapii powyższe badanie w ppkt 11) wykonuje się przed każdym podaniem leku. Pozostałe badania wykonuje się nie rzadziej niż co miesiąc;
3) *pembrolizumabem* oraz *niwolumabem* w skojarzeniu z *ipilimumabem* powyższe badania wykonuje się nie rzadziej niż co 6-12 tygodni;
4) *afliberceptem* powyższe badania w ppkt 1), 3) wykonuje się przed rozpoczęciem każdego cyklu leczenia. Pozostałe badania wykonuje się przed rozpoczęciem co drugiego cyklu leczenia;
5) *triflurydyną* z *typiracylem* powyższe badania wykonuje się przed każdym cyklem leczenia.

Ponadto, niezależnie od stosowanej terapii, badania monitorujące bezpieczeństwo leczenia należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych.

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych (jeśli dotyczy).

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

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 (dla leków anty-EGFR stosowanych w monoterapii 0-2);
7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
8) brak przeciwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);
9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie 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;

opóźnienia podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 12 tygodni.

1.5. *triflurydyna* z *typiracylem*

Zalecana dawka początkowa ***triflurydyny*** z ***typiracylem*** to **35 mg/m^2** powierzchni ciała podawana dwa razy na dobę od 1. do 5. dnia oraz od 8. do 12. dnia każdego 28-dniowego cyklu leczenia.

Dawkowanie oblicza się na podstawie powierzchni ciała pacjenta zgodnie z ChPL. Dawkę należy zaokrąglić do najbliższej wartości zwiększanej o 5 mg.

Nie należy przekraczać 80 mg/dawkę.

Jeśli dawki pominięto lub wstrzymano, pacjent nie powinien przyjąć pominiętych dawek.

Jeżeli przerwano stosowanie *triflurydyny* z *typiracylem* np. z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas opóźnienia podania kolejnego cyklu nie może być dłuższy niż 8 tygodni.

2. Modyfikacje dawkowania

Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.

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.

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:

1) w przypadku *cetuksymabu*, *panitumumabu*, *aflibercептu*, *pembrolizumabu* i *niwolumabu* w skojarzeniu z *ipilimumabem* nie rzadziej niż co 12 tygodni z możliwością 2-tygodniowego opóźnienia daty wykonania w przypadkach uzasadnionych przesunięć w realizowaniu leczenia;
2) w przypadku *triflurydyny* z *typiracylem* nie rzadziej niż co 8 tygodni z możliwością 2-tygodniowego opóźnienia daty wykonania w przypadkach uzasadnionych przesunięć 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),

13) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. 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.** *cetuksymabem, panitumumabem* 1) nieobecne mutacje w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecna mutacja w genie BRAF V600E. **1.2.2.** *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**	Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych powyżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków.	– 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 lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

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 leczenia aż do potwierdzenia progresji w następnym badaniu obrazowym wykonanym w ciągu 4 do 8 tyg. Jeśli całkowicie lub częściowo przerwano leczenie lekiem anty-EGFR skojarzonym z chemioterapią pierwszej linii , wyłączenie z programu następuje jedynie w sytuacji, kiedy lekarz prowadzący uzna, że wznowienie leczenia po progresji jest niewskazane; 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 – dla wszystkich terapii z wyjątkiem leków anty-EGFR stosowanych w monoterapii, – o 1 lub 2 lub 3 stopnie w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 3 według kryteriów ECOG – dla leków anty-EGFR stosowanych w monoterapii; 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.		

Załącznik B.5.

LECZENIE CHORYCH NA RAKA WĄTROBOWOKOMÓRKOWEGO (ICD-10: C22.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się dwie linie leczenia raka wątrobowokomórkowego (HCC) substancjami: 1) atezolizumab w skojarzeniu z bewacyzumabem, 2) kabozantynib. W pierwszej linii leczenia dostępna jest jedna terapia: 1) leczenie atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem pacjentów, u których niestosowano w przeszłości leczenia systemowego z powodu raka wątrobowokomórkowego. W drugiej linii leczenia dostępna jest jedna terapia: 1) leczenie kabozantynibem (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). **Leczenie raka wątrobowokomórkowego w programie obejmuje:** **1) leczenie raka wątrobowokomórkowego inhibitorami kinaz tyrozynowych (kabozantynibem)** **albo**	Sposób podawania leku prowadzony zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL). W przypadkach wystąpienia istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych można opóźnić podanie kolejnej dawki leku, jednak nie dłużej niż: 1) 6 tygodni w przypadku leczenia atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem; 2) 8 tygodni w przypadku leczenia kabozantynibem. 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. Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków.	**1. Badania przy kwalifikacji** 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 przeciwwirusowego - dotyczy terapii atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem; 6) oznaczenie fT4 i TSH - dotyczy terapii atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem; 7) gastroskopia (u pacjentów z marskością wątroby) - ocena pod kątem występowania żylaków przełyku, jeżeli badanie nie było wykonane w okresie 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia w programie lekowym – dotyczy terapii atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem;

2) immunoterapia w skojarzeniu z leczeniem antyangiogennym (atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem). **1. Kryteria kwalifikacji** 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 odstąpienie 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 żylnej 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 przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie Charakterystyki Produktu Leczniczego oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w leczeniu raka wątrobowokomórkowego;	**1. Leczenie raka wątrobowokomórkowego inhibitorami kinaz tyrozynowych (kabozantynibem)** Dobowa dawka **kabozantynibu**: 60 mg (codziennie). Każdy cykl obejmuje **28 dni** leczenia. **2. Immunoterapia w skojarzeniu z leczeniem antyangiogennym (atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem)** Dawka **atezolizumabu**: 1200 mg Dawka **bewacyzumabu**: 15 mg/kg masy ciała podawanego dożylnie. Leki stosowane są pierwszego dnia cyklu trwającego **3 tygodnie**. Nie ma możliwości modyfikacji dawek. W przypadku, kiedy podawanie jednego z leków musi zostać zakończone z powodu objawów niepożądanych, można kontynuować leczenie drugim z leków w monoterapii.	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. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Leczenia raka wątrobowokomórkowego inhibitorami kinaz tyrozynowych (kabozantynibem)** 1) co 4 tygodnie (lub w chwili rozpoczynania kolejnego 28-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane): 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): a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy, b) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego, c) tomografia komputerowa jamy brzusznej,

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; 4) wystąpienie nawracającej lub nieakceptowalnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według aktualnych kryteriów		d) tomografia komputerowa w innej lokalizacji – w zależności od umiejscowienia zmian przerzutowych, e) EKG, f) 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) tomografia komputerowa odpowiedniej lokalizacji lub inne badanie obrazowe, d) EKG. **2.2. Immunoterapia w skojarzeniu z leczeniem antyangiogennym (atezolizumabem 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,

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 uniemożliwiające 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.		b) badania obrazowe (tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny) odpowiednich obszarów umożliwiające ocenę odpowiedzi, c) oznaczenie fT4 i TSH, d) inne badania – w razie 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 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.

Załącznik B.6.

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**
1. Kryteria kwalifikacji **1.1. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca z mutacją aktywującą w genie *EGFR* do leczenia pierwszej linii z zastosowaniem afatynibu albo ozymertynibu** 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 mutacji aktywującej w genie *EGFR* (receptor naskórkowego czynnika wzrostu) potwierdzonej z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 3) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenie 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;	**1. Dawkowanie leków w programie** Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami aktualnych na dzień wydania decyzji Charakterystyk Produktów Leczniczych (ChPL).	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie określonego typu niedrobnokomórkowego lub drobnokomórkowego raka płuca lub międzybłoniaka opłucnej zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych; 2) potwierdzenie obecności odpowiednich czynników molekularnych (stan genów *EGFR*, lub *ALK* lub *ROS1* lub *KRAS*) oraz immunohistochemicznych (stopień ekspresji PD-L1) zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenia stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; 9) oznaczenie T3, T4 i TSH w przypadku stosowania inhibitorów PD-1 lub PD-L1;

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 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 8) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 9) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (dalej ChPL); 10) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 11) nieobecność przeciwwskazań do stosowania afatynibu albo ozymertynibu określonych w ChPL; 12) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie. **1.2. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia drugiej, trzeciej i kolejnych linii z wykorzystaniem ozymertynibu po niepowodzeniu wcześniejszego leczenia afatynibem, dakomitynibem, 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);		10) lipidogram w przypadku stosowania lorlatynibu; 11) elektrokardiografia (EKG); 12) badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza; 13) inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej. **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 aktywności fosfatazy zasadowej; 7) oznaczenie T3, T4 i TSH w przypadku stosowania inhibitorów PD1 lub PD L1; 8) lipidogram w przypadku stosowania lorlatynibu; 9) EKG; 10) oznaczenie aktywności kinazy fosfokreatynowej w przypadku alektynibu albo brygatynibu. 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.

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; 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 kwalifikowania muszą być spełnione łącznie. **1.3. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca po radykalnym leczeniu chirurgicznym do leczenia uzupełniającego z wykorzystaniem ozymertynibu i potwierdzoną obecnością mutacji w genie *EGFR***		W przypadku lorlatynibu - niezależnie od linii leczenia - lipidogram powinien być wykonywany przed włączeniem do leczenia, po 4-6 tygodniach i następnie co 3 miesiące. W przypadku stosowania immunoterapii wymienione badania powinny być wykonywane w odstępach 4-8 tygodniowych przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące. 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: – pkt 1-8 przed każdym podaniem chemioterapii (w tym pemetreksedu w terapii podtrzymującej), – pkt 1-8 w trakcie leczenia podtrzymującego wyłącznie pembrolizumabem 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. W fazie leczenia podtrzymującego drobnokomórkowego raka płuca atezolizumabem albo durwalumabem – badania z pkt 1-8 co 4-8

1) rozpoznanie pooperacyjne gruczołowego 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; 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 kwalifikowania muszą być spełnione łącznie. **1.4. 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;		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 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).

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 ≥ 50% w materiale pooperacyjnym potwierdzony na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 6) brak obecności mutacji aktywujących w genie EGFR oraz rearanżacji w genach ALK i ROS1 w przypadku raków innych niż płaskonabłonkowy, potwierdzonej 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 umożliwiająca leczenie zgodnie z ChPL; 11) czynność nerek i wątroby umożliwiająca 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;		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). Oceny skuteczności leczenia (odnosi się do stosowania leczenia w stadium zaawansowanym) 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). **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 odpowiedz (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD)

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; Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie. **1.5. 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 cerytynib (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 *ROS1*) 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,		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.

c) raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. *not otherwise specified* – NOS); 2) obecność rearanżacji w genie *ALK* lub *ROS1* 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 cerytynibu albo brygatynibu albo lorlatynibu albo entrektynibu określonych w ChPL; 12) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.		

1.6. 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 niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem: – **rak płaskonabłonkowy lub niepłaskonabłonkowy z ekspresją PD-L1 ≥ 50% – pembrolizumab albo atezolizumabem albo cemiplimab w monoterapii,** – **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 karboplatyną,** – **rak płaskonabłonkowy lub niepłaskonabłonkowy z ekspresją PD-L1 < 50% – niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem i chemioterapią (2 cykle) opartą o pochodne platyny** 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca (rak płaskonabłonkowy lub niepłaskonabłonkowy lub NOS); 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, b) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 poniżej 50% – kryterium kwalifikacji do stosowania pembrolizumabu albo niwolumabu i ipilimumabu w skojarzeniu z chemioterapią; 3) wykluczenie obecności mutacji w genie *EGFR* oraz rearanżacji genów *ALK* i *ROS1* w przypadku raka gruczołowego, wielkokomórkowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca NOS (w przypadku rozpoznania raka		

płaskonabłonkowego wykonanie testów molekularnych nie jest wymagane); 4) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia); 5) 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; 6) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia); 7) wiek powyżej 18 roku życia; 8) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 9) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 10) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa; 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 pembrolizumabu, atezolizumabu, cemiplimabu, niwolumabu i ipilimumabu, pemetreksedu, paklitakselu, pochodnych platyny określonych w odpowiednich ChPL; 14) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.		

1.7. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia kolejnej linii z zastosowaniem niwolumabu albo atezolizumabu we wszystkich typach niedrobnokomórkowego raka płuca (dotyczy wyłącznie chorych, u których nie była wcześniej stosowana immunoterapia lub immunochemioterapia) 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca (wszystkie typy); 2) wykluczenie mutacji 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 określonych w ChPL; 13) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie. **1.8. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca o typie gruczołowym do leczenia kolejnej linii (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii, immunoterapii, chemioimmunoterapii) z zastosowaniem nintedanibu** 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne raka gruczołowego 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 kwalifikowania muszą być spełnione łącznie. **1.9. 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, b) raka wielkokomórkowego, 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;		

3) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenie 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) stan sprawności w stopniu 0-2 wg klasyfikacji 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 sotorasibu określonych w aktualnej ChPL; 12) wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie; 13) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem; Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie. **1.10. 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 kwalifikowania muszą być spełnione łącznie. **1.11. Chorych na drobnokomórkowego raka płuca do leczenia pierwszej linii z zastosowaniem atezolizumabu (w skojarzeniu z karboplatyną 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 cukrzyc, 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 kwalifikowania muszą być spełnione łącznie. **1.12. 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 kwalifikowania 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, cerytynib, 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 pierwsze lub kolejnej linii leczenia (kryzotynib, entrektynib, alektynib, cerytynib, 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 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; 3) 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); 4) 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); 5) 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); 6) 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, niwolumab, niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem) 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, ipilimumab, cemiplimab**,** atezolizumab) 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) 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); 4) 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 stosowanego w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego; 5) 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); 6) 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). 7) 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)** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z zasadami oraz kryteriami wyłączenia z programu. 1) stosowanie durwalumabu w leczeniu konsolidującym (pkt 1.10) 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; 2) stosowanie durwalumabu w leczeniu drobnokomórkowego raka płuca (pkt 1.11) jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności; 3) w czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej): a) w leczeniu konsolidującym: – przed leczeniem – w okresie do 6 tygodni od zakończenia radiochemioterapii, – w czasie leczenia – co 3 miesiące, b) w leczeniu drobnokomórkowego raka płuca: – w czasie leczenia łącznie z chemioterapią – przed trzecim (3.) cyklem leczenia, – w trakcie monoterapii – przed pierwszym (1.) cyklem i następnie co 3 cykle leczenia;		

4) badania obrazowe obejmują ocenę według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: 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 oraz chorych leczonych na drobnokomórkowego raka płuca z udziałem atezolizumabu albo durwalumabu, jak również nie dotyczy chorych w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego z zastosowaniem atezolizumbu;		

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 Zubroda-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) upłynięcie 12 miesięcznego okresu leczenia – dotyczy stosowania durwalumabu do leczenia konsolidującego albo atezolizumabu po całkowitej resekcji.		

Załącznik B.8.

LECZENIE CHORYCH NA MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH (ICD-10: C48, C49)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie pacjentów z określonymi mięsakami tkanek miękkich substancjami: **1) trabektedyną (II lub III lub IV linia leczenia)** Zastosowanie nie więcej niż 3 linii wcześniejszej chemioterapii. Udokumentowana progresja choroby podczas przynajmniej jednej linii chemioterapii z udziałem doksorubicyny lub ifosfamidu zastosowanej z powodu zaawansowanego miejscowo (nieresekcyjnego) lub przerzutowego mięsaka o typie histologicznym tłuszczakomięsaka (liposarcoma) lub mięsaka gładkokomórkowego (leiomyosarcoma). **2) pazopanibem (I lub II lub III lub IV linia leczenia)** Zastosowanie u 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 mięsaków tkanek miękkich w programie obejmuje:** **1) leczenie mięsaków tkanek miękkich lekami cytotoksycznymi (trabektedyna)** albo	**1. Leczenie mięsaków tkanek miękkich lekami cytotoksycznymi (trabektedyną)** Zalecana dawka **trabektedyny** wynosi 1,5 mg/m^2 powierzchni ciała. Lek podawany jest w cyklach co 21 dni. **2. Leczenie mięsaków tkanek miękkich inhibitorami kinaz tyrozynowych (pazopanibem)** Zalecana dawka **pazopanibu** wynosi 800 mg dziennie. Każdy cykl obejmuje 28 dni leczenia. Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych powyżej dawek zgodnie z aktualnymi ChPL poszczególnych leków.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) histologiczne potwierdzenie określonego typu mięsaka zgodnie z kryteriami włączenia; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny lub klirensu kreatyniny; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie stężenia TSH w przypadku **pazopanibu**; 9) oznaczenie stężenia kinazy kreatynowej w przypadku **trabektedyny**; 10) oznaczenie stężenia albuminy w surowicy w przypadku **trabektedyny**; 11) oznaczenie aktywność fosfatazy zasadowej w przypadku **trabektedyny**; 12) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych; 13) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 14) TK lub MR wybranej partii ciała pozwalające na ocenę lokalizacji, w której stwierdza się zmiany nowotworowe konieczne dla monitorowania leczenia;

2) leczenie mięsaków tkanek miękkich inhibitorami kinaz tyrozynowych (pazopanib). **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek powyżej 18. roku życia; 2) w przypadku leczenia trabektedyną rozpoznanie histopatologiczne nieresekcyjnego (miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego) jednego z niżej wymienionych mięsaków tkanek miękkich: a) tłuszczakomięsaka (liposarcoma), b) mięsaka gładkokomórkowego (leiomyosarcoma). 3) w przypadku leczenia pazopanibem rozpoznanie histopatologiczne nieresekcyjnego (miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego) mięsaka tkanek miękkich z wyjątkiem następujących typów: a) tłuszczakomięsak (wszystkie podtypy), b) mięśniakomięsak prążkowanokomórkowy inne niż pleomorficzny lub pęcherzykowy, c) chrzęstniakomięsak, d) mięsak kościopochodny, e) mięsak Ewinga/PNET, f) GIST, g) włókniakomięsak guzowaty skóry, h) zapalny guz miofibroblastyczny (ang. inflammatory myofibroblastic sarcoma), i) międzybłoniak, j) mieszany guz mezodermalny trzonu macicy (ang. mixed mesodermal tumor of the uterus);		15) 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); 16) elektrokardiogram (EKG) – w przypadku **pazopanibu**; 17) 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 hemoglobiny; 3) oznaczenia stężenia kreatyniny lub klirensu kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) inne badania w zależności od wskazań klinicznych. Badania wykonuje się: **1) w przypadku trabektedyny:** Raz w tygodniu podczas dwóch pierwszych cykli leczenia oraz co najmniej przed zastosowaniem leku w kolejnych cyklach leczenia. **2) w przypadku pazopanibu:** Nie rzadziej niż co 28 dni lub przed wznowieniem leczenia (jeśli było czasowo przerwane) i zawsze w przypadku wskazań klinicznych. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia**

4) obecność przynajmniej jednej zmiany mierzalnej, zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST; 5) stan sprawności 0-2 według kryteriów ECOG; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnych Charakterystyk Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie aktualne ChPL; 8) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększenia dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu; 9) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 10) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z zapisami aktualnych ChPL; 11) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.		1) TK lub MR odpowiedniego obszaru; 2) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 3 miesiące i zawsze w przypadku klinicznego podejrzenia progresji. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi 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; 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.

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST z wyjątkiem progresji dotyczącej wyłącznie OUN, kiedy dopuszcza się kontynuację leczenia pod warunkiem zastosowania radykalnego leczenia miejscowego (chirurgia, radioterapia stereotaktyczna); 2) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 3) długotrwałe pogorszenie sprawności ogólnej do stopnia 3-4 według kryteriów ECOG; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację 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 ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		

Załącznik B.9.FM.

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**
W programie finansuje się leczenie przedoperacyjne lub pooperacyjne anty-HER2 oraz do 4 linii leczenia anty-HER2 przerzutowego lub miejscowo zawansowanego (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) HER2-dodatniego raka piersi substancjami: 1) trastuzumab; 2) pertuzumab; 3) trastuzumab emtanzyna; 4) lapatynib; 5) tukatynib; 6) trastuzumab derukstekan. W leczeniu przedoperacyjnym stosowany jest: trastuzumab lub trastuzumab z pertuzumabem. W leczeniu uzupełniającym stosowany jest: trastuzumab oraz trastuzumab emtanzyna. W programie istnieje jednorazowa możliwość zastosowania terapii lekowej z użyciem trastuzumabu emtanzyny. W leczeniu anty-HER2 przerzutowego lub miejscowo zawansowanego raka piersi (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do	**1. Leczenie wczesnego raka piersi** **1.1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi** Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego podawanego co 3 tygodnie: 8mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia). Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego podawanego co 3 tygodnie: 6 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia). Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego podawanego co tydzień: 4 mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia). Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego podawanego co tydzień: 2 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia). Dawka trastuzumabu podskórnego: 600 mg (w każdym cyklu). Dawka nasycająca pertuzumabu: 840mg (pierwszy cykl leczenia). Dawka podtrzymująca pertuzumabu: 420mg (kolejne cykle leczenia).	**1. Leczenie wczesnego raka piersi** **1.1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi** **1.1.1. Wykaz badań przy kwalifikacji** 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,

zastosowania), stosowane są zgodnie z numerami linii określonymi w punktach 2.1.1.-2.1.6.: 1) pertuzumab łącznie z trastuzumabem 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 otrzymywała terapii anty-HER2; 3) trastuzumab emtanzyna i lapatynib z kapecytabiną 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 anty-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 anty-HER2. W programie finansuje się do 3 linii leczenia przerzutowego lub miejscowo zawansowanego (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) HER2-ujemnego raka piersi substancjami: 1) palbocyklibem; 2) rybocyklibem;	Każdy cykl leczenia obejmuje 21 dni niezależnie od rytmu stosowania trastuzumabu. Dawka trastuzumabu emtanzyny: 3,6 mg/kg m.c. (co 3 tygodnie). Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. W programie lekowym trastuzumab podaje się: 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; 5) w skojarzeniu z chemioterapią przedoperacyjną i następnie w terapii adjuwantowej; 6) w skojarzeniu z pertuzumabem i chemioterapią przedoperacyjną i następnie w terapii adjuwantowej.	i) scyntygrafia kośćca (w zależności od oceny klinicznej), 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. **1.1.2. Monitorowanie leczenia** 1) badania wykonywane nie rzadziej niż: a) raz na 3 tygodnie podczas stosowania chemioterapii i trastuzumabu emtanzyny, b) raz na 3 miesiące podczas stosowania trastuzumabu w monoterapii: – 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 AlAT, – aktywność AspAT, – stężenie bilirubiny;

3) abemacyklibem; 4) alpelisybem; 5) talazoparybem; 6) olaparybem. W leczeniu uzupełniającym luminalnego HER2-ujemnego raka piersi oraz potrójnie ujemnego raka piersi stosowany jest: 1) olaparyb w monoterapii lub w skojarzeniu z terapią hormonalną w leczeniu adjuwantowym dorosłych pacjentów z germinalnymi mutacjami BRCA1/2, u których występuje HER2-ujemny wczesny rak piersi wysokiego ryzyka, leczony wcześniej chemioterapią neoadjuwantową lub adjuwantową. W leczeniu przerzutowego lub miejscowo zawansowanego (gdy 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.: 1) inhibitory CDK4/6 (abemacyklib albo palbocyklib albo rybocyklib) w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy w pierwszej lub drugiej linii leczenia; 2) inhibitory CDK4/6 (abemacyklib albo rybocyklib) w skojarzeniu z fulwestrantem w pierwszej linii leczenia oraz (abemacyklib albo palbocyklib albo rybocyklib) 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) 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 okołooperacyjnej z udziałem antracykliny i taksoidu i 1 linii chemioterapii paliatywnej).	Całkowity czas aktywnej terapii trastuzumabem trwa: 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 Pooperacyjne podawanie trastuzumabu należy wznowić jak najszybciej po przeprowadzonym leczeniu operacyjnym. 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 spowodowane zostały wystąpieniem działań niepożądanych lub progresją choroby. Całkowity czas aktywnej terapii pertuzumabem w leczeniu przedoperacyjnym (neoadjuwantowym) w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią to: a) od 3 do 6 podań pertuzumabu w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią albo	2) badania wykonywane nie rzadziej niż co 6 tygodni: 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); Dobór badań musi umożliwić ocenę odpowiedzi na leczenie. 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): a) EKG, b) ECHO. **1.2. Leczenie wczesnego, HER2-ujemnego i potrójnie ujemnego raka piersi z obecnością mutacji w genach BRCA** **1.2.1. Wykaz badań przy kwalifikacji** a) potwierdzenie obecności mutacji germinalnej BRCA1/2 (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej); b) potwierdzenie braku ekspresji receptora HER2 i określenie stanu steroidowych receptorów hormonalnych;

W programie istnieje jednorazowa możliwość zastosowania terapii lekowej z użyciem inhibitorów PARP. W programie finansuje się do 3 linii leczenia przerzutowego lub miejscowo zawansowanego (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) potrójnie ujemnego raka piersi substancjami: 1) pembrolizumabem; 2) talazoparybem; 3) olaparybem; 4) sacytuzumabem gowitekan. 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 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.: 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 założeniem radykalnym zakończonej w okresie powyżej 6 miesięcy. Zastosowanie terapii nie jest możliwe po wcześniejszym zastosowaniu immunoterapii pembrolizumabem w leczeniu okołooperacyjnym; 2) talazoparyb albo olaparyb w monoterapii w pierwszej lub drugiej lub trzeciej linii leczenia przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego potrójnie	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. W przypadku przerwania terapii trastuzumabem przerywa się stosowanie pertuzumabu. 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). Całkowity czas aktywnej terapii trastuzumabem emtanzyną wyłącznie w leczeniu pooperacyjnym (adjuwantowym) HER2-dodatniego raka piersi): a) obejmuje maksymalnie 14 podań, albo b) trwa do wystąpienia nawrotu choroby, albo 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. Pacjenci, u których wcześniejsze zakończenie leczenia trastuzumabem emtanzyną spowodowane	c) morfologia krwi z rozmazem; d) stężenie kreatyniny; e) stężenie bilirubiny; f) aktywność AlAT; g) aktywność AspAT; h) USG lub tomografia komputerowa jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej); i) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej); j) scyntygrafia kośćca (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej); k) inne badania w razie wskazań klinicznych. **1.2.2. Monitorowanie leczenia** a) morfologia krwi z rozmazem; b) oznaczenie stężenia w surowicy: – kreatyniny, – bilirubiny; – oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT); c) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się przed rozpoczęciem każdego cyklu leczenia olaparybem.

ujemnego raka piersi z obecnością mutacji germinalnych w genach BRCA 1/2, gdy leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania pacjenci musieli otrzymać wcześniej chemioterapię zawierającą taksoid lub antracyklinę w leczeniu okołooperacyjnym lub paliatywnym (dopuszczalne jest wcześniejsze stosowanie nie więcej niż 2 linii chemioterapii paliatywnej lub chemioterapii okołooperacyjnej i 1 linii chemioterapii paliatywnej);

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 okołooperacyjnie wymagana jest co najmniej jedna linia systemowego leczenia paliatywnego).

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.

1. Leczenie wczesnego raka piersi

1.1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi w programie obejmuje:

1.1.1. leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) raka piersi trastuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią

albo

1.1.2. leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią

albo

1.1.3. leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi trastuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią

albo

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 anty-HER2 zawierającą nie więcej niż 18 podań (łącznie z liczbą podań w leczeniu przedoperacyjnym i liczbą podań trastuzumab emtanzyny).

1.2. Leczenie wczesnego, HER2-ujemnego i potrójnie ujemnego raka piersi

Zalecana maksymalna dobowa dawka olaparybu: 600 mg/dobę (codziennie).

Należy rozpocząć nie później niż w ciągu 12 tygodni od zakończenia ostatniej terapii przeciwnowotworowej.

Możliwe jest jednoczesne stosowanie olaparybu z hormonoterapią.

Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

1.2.1. Czas leczenia

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.

1.3. Leczenie okołooperacyjne wczesnego potrójnie ujemnego raka piersi

1.3.1. Wykaz badań przy kwalifikacji

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 dotyczących wydolności układu sercowo-naczyniowego lub nieprawidłowych wyników EKG;

1.1.4. leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi trastuzumabem emtanzyną.

Kryteria kwalifikacji do leczenia wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi:

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:
   a) w przypadku leczenia przedoperacyjnego (neoadjuwantowego) raka piersi trastuzumabem:
      – 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,

   albo

   b) w przypadku leczenia przedoperacyjnego (neoadjuwantowego) raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią:
      – nowotwór pierwotnie operacyjny, jeśli średnica guza piersi oceniona w badaniach obrazowych wynosi powyżej 20 mm i jest obecny jest przerzut do regionalnego węzła/węzłów chłonnych lub nie ma ekspresji receptorów ER i PgR

      lub

      – nowotwór pierwotnie nieoperacyjny, jeśli możliwe jest radykalne leczenie chirurgiczne po zastosowaniu leczenia systemowego

   albo

   c) w przypadku wyłącznie leczenia pooperacyjnego (adjuwantowego) trastuzumabem:

1.3. Leczenie okołooperacyjne wczesnego potrójnie ujemnego raka piersi

Dawka pembrolizumabu w fazie neoadjuwantowej i adjuwantowej 200 mg co 3 tygodnie lub po 400 mg co 6 tygodni.

Całkowity czas aktywnej terapii pembrolizumabem w leczeniu przedoperacyjnym (neoadjuwantowym) w skojarzeniu z chemioterapią:

a) obejmuje 8 dawek pembrolizumabu po 200 mg co 3 tygodnie lub 4 dawki pembrolizumabu po 400 mg co 6 tygodni

albo

b) trwa do momentu stwierdzenia progresji choroby wykluczającej radykalne leczenie chirurgiczne

albo

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.

Całkowity czas aktywnej terapii pembrolizumabem w leczeniu pooperacyjnym (adjuwantowym):

a) obejmuje 9 dawek pembrolizumabu po 200 mg co 3 tygodnie lub 5 dawek pembrolizumabu po 400 mg co 6 tygodni

albo

b) trwa do wystąpienia nawrotu choroby

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.

Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

1.3.2. Monitorowanie leczenia

1) badania laboratoryjne:
   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.

   Badania wykonuje się:
   – nie rzadziej niż co 3 tygodnie lub przed każdym cyklem chemioterapii w przypadku pembrolizumabu w leczeniu przedoperacyjnego (neoadjuwantowego) pembrolizumabem – punkty a-e,
   – nie rzadziej niż co 3 miesiące w przypadku leczenia przedoperacyjnego

– 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), lub – 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, albo d) nawrót miejscowy (ściana klatki piersiowej lub pierś po oszczędzającym leczeniu) lub regionalny (węzły chłonne) – wyłącznie u pacjentów po doszczętnym leczeniu tego nawrotu, którzy nie byli leczeni wcześniej trastuzumabem; albo e) wyłącznie w przypadku leczenia pooperacyjnego (adjuwantowego) trastuzumabem emtanzyną: – pierwotny stopień zaawansowania I-III, oraz – zakończona przedoperacyjna chemioterapia zawierająca taksoid i przedoperacyjna terapia anty-HER2, oraz – potwierdzenie patomorfologiczne obecności choroby resztkowej w piersi lub węzłach chłonnych pachy; 4) przebyte leczenie chirurgiczne lub planowane leczenie chirurgiczne o założeniu radykalnym polegające na: a) amputacji piersi oraz wycięciu pachowych węzłów chłonnych lub biopsji węzła wartowniczego, której wynik nie uzasadnia wykonania limfadenektomii	albo 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. Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. **1.3.1. Czas leczenia** 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. 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. **2. Leczenie przerzutowego raka piersi** **2.1. Leczenie przerzutowego raka piersi HER2-dodatniego**	(neoadjuwantowym) pembrolizumabem – punkty f-g, – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące w przypadku leczenia pooperacyjnego (adjuwantowego) pembrolizumabem – punkty a-g; 2) badania obrazowe (wybór metody w zależności od wyjściowej metody obrazowej): a) ECHO serca, b) USG piersi z dołami pachowymi. Badania wykonuje się: – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące (częściej, gdy są wskazania kliniczne) – w przypadku leczenia pembrolizumabem – punkty a-b. W celu monitorowania terapii i oceny odpowiedzi na leczenie, w uzasadnionych sytuacjach klinicznych, możliwe jest zamienne wykonanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego piersi). Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. **2. Leczenie przerzutowego lub miejscowo zawansowanego raka piersi** **2.1. Wykaz badań przy kwalifikacji**

lub 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). Przedmiotowe kryterium kwalifikacji nie ma zastosowania w przypadku pacjentów kwalifikowanych na podstawie pkt 3) lit. d) 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. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 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 tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **1.2. Leczenie wczesnego HER2-ujemnego i potrójnie ujemnego raka piersi w programie obejmuje:** **1.2.1.** 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.	Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego podawanego co 3 tygodnie: 8mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia). Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego podawanego co 3 tygodnie: 6 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia). Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego podawanego co tydzień: 4 mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia). Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego podawanego co tydzień: 2 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia). Dawka trastuzumabu podskórnego: 600 mg (w każdym cyklu). W terapii przerzutowego raka piersi trastuzumab podaje się: a) w skojarzeniu z chemioterapią lub inhibitorem aromatazy lub b) w monoterapii lub c) w skojarzeniu z pertuzumabem i docetakselem Dawka nasycająca pertuzumabu: 840mg (pierwszy cykl leczenia). Dawka podtrzymująca pertuzumabu: 420mg (kolejne cykle leczenia).	a) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ oceniające ekspresję HER2 i receptorów ER, PGR (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej), b) badanie mutacji germinalnej 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 alpelisybu (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej), d) potwierdzenie ekspresji PD-L1 z CPS (combined positive score) ≥ 10 oznaczonej zwalidowanym testem – tylko w przypadku pembrolizumabu, e) morfologia krwi z rozmazem, f) stężenie kreatyniny, g) aktywność AlAT, h) aktywność AspAT, i) stężenie bilirubiny, j) poziom TSH i fT4 – tylko w przypadku leczenia pembrolizumabem, k) stężenie glukozy na czczo – tylko w przypadku leczenia alpelisybem oraz pembrolizumabem, l) odsetek hemoglobiny glikowanej HbA1c – tylko w przypadku alpelisybu,

<u>Kryteria kwalifikacji wczesnego, HER2-ujemnego raka piersi:</u> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi bez przerzutów odległych (tj. cecha M0 w klasyfikacji TNM); 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)); 4) obecność patogennej lub prawdopodobnie patogennej mutacji w genie BRCA 1 lub w BRCA2 (germinalnej); 5) zakończone miejscowe leczenie chirurgiczne piersi lub węzłów pachowych (chorzy po zabiegach chirurgicznych muszą ukończyć radioterapię adjuwantową o ile jest wskazana); 6) ukończenie chemioterapii adjuwantowej lub neoadjuwantowej; a) rak piersi potrójnie ujemny: - 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 ≥pN1) lub inwazyjny guz pierwotny o średnicy przynajmniej 2 cm (cecha ≥pT2); - w przypadku chorych którzy otrzymali chemioterapię neoadjuwantową - nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi potwierdzone w badaniu patomorfologicznym (non-pCR); lub b) rak piersi z udokumentowaną ekspresją steroidowych receptorów hormonalnych: - w przypadku chorych pierwotnie poddanych leczeniu operacyjnemu lub hormonoterapii przedoperacyjnej - obecność choroby przerzutowej w węzłach chłonnych;	Dawka docetakselu: 75-100mg/m2 (w każdym cyklu) W terapii łączonej z pertuzumabem i trastuzumabem 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. Jeżeli leczenie docetakselem zostanie przerwane z powodu toksyczności, leczenie pertuzumabem i trastuzumabem powinno być prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby lub wystąpienia niepożądanych działań istotnym znaczeniu klinicznym. Zalecana maksymalna dobowa dawka lapatynibu: 1250mg / dobę (codziennie). Zalecana maksymalna dobowa dawka kapecytabiny w skojarzeniu z lapatynibem: 2000 mg/m2 powierzchni ciała (dwie dawki podzielone) w dniach 1- 14 w cyklach 21- dniowych. Dawka trastuzumabu emtanzyny: 3,6 mg/kg m.c. (co 3 tygodnie). Maksymalna dobowa dawka tukatynibu: 600 mg / dobę (codziennie). Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego w skojarzeniu z tukatynibem podawanego co 3 tygodnie: 8mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia).	m) 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, n) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (wykonane w ciągu ostatnich 8 tygodni) – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian, o) 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, p) scyntygrafia kośćca (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej), q) EKG, r) ECHO serca – tylko w przypadku leczenia anty-HER2 oraz leczenia pembrolizumabem, s) konsultacja kardiologiczna - jedynie w przypadku wskazań klinicznych dotyczących wydolności układu sercowo-naczyniowego lub nieprawidłowych wyników EKG lub ECH,

- w przypadku chorych którzy otrzymali chemioterapię neoadjuwantową - nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi potwierdzone w badaniu patomorfologicznym (non-pCR); 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego; 8) brak przeciwwskazań do stosowania olaparybu; 9) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia; 10) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 11) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 12) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem. Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie. 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. **1.3. Leczenie okołooperacyjne potrójnie ujemnego raka piersi w programie obejmuje:** **1.3.1.** leczenie okołooperacyjne pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią jako leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) i kontynuacja pembrolizumabu jako leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) po zabiegu chirurgicznym u chorych	Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego w skojarzeniu z tukatynibem podawanego co 3 tygodnie: 6 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia). Dawka trastuzumabu podskórnego w skojarzeniu z tukatynibem podawanego co 3 tygodnie: 600 mg (w każdym cyklu). Każdy cykl leczenia trastuzumabu w skojarzeniu z tukatynibem obejmuje 21 dni. Maksymalna dobowa dawka kapecytabiny w skojarzeniu z tukatynibem: 2000 mg/m2 powierzchni ciała (dwie dawki podzielone) w dniach 1- 14 w cyklach 21- dniowych. Dawka trastuzumabu derukstekanu: 5,4 mg/kg m.c. (co 3 tygodnie). Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. **2.1.2. Czas 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 ust. 3.	t) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (tylko gdy są wskazania kliniczne). Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST. **2.2. Monitorowanie leczenia** 1) badania laboratoryjne: a) morfologia krwi z rozmazem, b) stężenie kreatyniny, c) aktywność AlAT, d) aktywności AspAT, e) stężenie bilirubiny, f) stężenie glukozy na czczo – tylko w przypadku alpelisybu i pembrolizumabu, g) odsetek hemoglobiny glikowanej HbA1c - tylko w przypadku alpelisybu, h) 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, i) EKG (tylko w przypadku rybocyklibu w celu oceny QTc w ok. 14 dniu pierwszego cyklu (+/- 7 dni), na początku drugiego cyklu, a potem w zależności od wskazań klinicznych),

na potrójnie ujemnego raka piersi miejscowo zaawansowanego lub we wczesnym stadium z dużym ryzykiem nawrotu Kryteria kwalifikacji do leczenia wczesnego, potrójnie ujemnego raka piersi: 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) potwierdzony i dotychczas nieleczony potrójnie ujemny rak piersi; 3) udokumentowany brak ekspresji steroidowych receptorów hormonalnych (<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)); 5) kliniczny stopień zaawansowania T1-4 i N1-N2 lub T2-T4 i N0 6) wartość LVEF co najmniej 50%; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego; 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 9) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 10) brak przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu i chemioterapii; 11) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia; 12) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa; 13) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.	**2.2. Leczenie przerzutowego raka piersi HER2-ujemnego** Zalecana maksymalna dawka dobowa palbocyklibu:125 mg/dobę (codziennie przez 21 dni, następnie przerwa 7 dni, 1 cykl trwa 28 dni). Zalecana maksymalna dawka dobowa rybocyklibu: 600mg/ dobę (codziennie przez 21 dni, następnie przerwa 7 dni, 1 cykl trwa 28 dni). Zalecana maksymalna dawka dobowa abemacyklibu: 300 mg/dobę (codziennie, 1 cykl trwa 28 dni). Zalecana maksymalna dobowa dawka alpelisybu: 300 mg / dobę (codziennie). Zalecana maksymalna dobowa dawka talazoparybu: 1 mg / dobę (codziennie). Zalecana maksymalna dobowa dawka olaparybu: 600 mg/dobę (codziennie). Dawka fulwestrantu stosowanego w skojarzeniu z inhibitorem CDK4/6 lub alpelisybem: 500mg/dobę (podawany w 1,15 oraz 29 dniu a następnie raz na miesiąc). Dawka dobowa inhibitorów aromatazy stosowanych w skojarzeniu z inhibitorami CDK4/6: a) letrozol: 2,5mg/dobę, b) anastrozol: 1 mg/dobę, c) eksemestan:25 mg/ dobę. W przypadku wystąpienia toksyczności związanej z inhibitorem CDK 4/6 podawanie cyklibu może być czasowo wstrzymane, a hormonoterapia może być	j) oznaczenie poziomu TSH i fT4 – tylko w przypadku leczenia pembrolizumabem. Badania wykonuje się: – 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, 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 leczenia trastuzumabem w skojarzeniu z paklitakselem, – co 2 tygodnie w trakcie 2 pierwszych cykli leczenia, następnie na początku każdego z 4 kolejnych cykli i następnie w zależności od wskazań klinicznych – 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

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 badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Leczenie przerzutowego raka piersi** **2.1. Leczenie przerzutowego, HER2-dodatniego raka piersi w programie obejmuje:** **2.1.1.** leczenie przerzutowego raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i docetakselem (I linia leczenia przerzutowego raka piersi) albo **2.1.2.** leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem (I lub kolejne linie leczenia przerzutowego raka piersi) albo **2.1.3.** leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem emtanzyną (I lub II lub III linia leczenia przerzutowego raka piersi) albo **2.1.4.** leczenie przerzutowego raka piersi lapatynibem w skojarzeniu z kapecytabiną (I lub II lub III linia leczenia przerzutowego raka piersi) albo **2.1.5.** leczenie przerzutowego raka piersi tukatynibem w skojarzeniu z trastuzumabem i kapecytabiną (II, III lub IV linia leczenia przerzutowego raka piersi) albo **2.1.6.** leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem derukstekanem (II lub III lub IV linia leczenia anty-HER2 przerzutowego raka piersi).	kontynuowana. Maksymalne opóźnienie w podaniu kolejnej dawki inhibitora nie może przekraczać 28 dni. Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. **2.2.2. Czas 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 ust. 3. **2.3. Leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi** Zalecana maksymalna dawka pembrolizumabu u osób dorosłych to 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni, podawana we wlewie dożylnym. Zalecana maksymalna dobowa dawka talazoparybu: 1 mg / dobę (codziennie). Zalecana maksymalna dobowa dawka olaparybu: 600 mg/dobę (codziennie). Zalecana maksymalna dawka sacytuzumabu gowitekanu: 10 mg/kg mc. (podawana w 1. i 8. dniu każdego 21-dniowego cyklu).	badania oznaczone w ppkt a)-g) wykonywane co 3 miesiące - w przypadku leczenia alpelisybem, – 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, – nie rzadziej niż raz na 6 tygodni w przypadku w leczenia przerzutowego raka piersi pembrolizumabem – punkt f oraz j; 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, alpelisybu, talazoparybu oraz olaparybu: a) EKG, b) ECHO,

Kryteria kwalifikacji do leczenia przerzutowego raka piersi HER2-dodatniego: 1) 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); 2) udokumentowana nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka inwazyjnego (wynik/3+/ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik /+/ w badaniu ISH); 3) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST; 4) sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 5) wartość LVEF co najmniej 50%; 6) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współwystępujących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia; 7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 8) 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-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	Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. **2.3.1. Czas 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 ust. 3.	c) konsultacja kardiologiczna – w zależności od wskazań klinicznych, d) TK klatki piersiowej – w zależności od wskazań klinicznych lub podejrzenia śródmiąższowego zapalenia płuc; 3) badania obrazowe wykonywane nie rzadziej niż co 3 miesiące (wybór metody w zależności od wyjściowej metody obrazowej): 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), b) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian), c) scyntygrafia kości lub inne badanie obrazowe (w zależności od sposobu oceny odpowiedzi na leczenie), d) odsetek hemoglobiny glikowanej HbA1c – tylko w przypadku alpelisybu, 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, f) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (jedynie chore z przerzutami w mózgu).

badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2.2. Leczenie przerzutowego, HER2-ujemnego raka piersi w programie obejmuje:** **2.2.1.** 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 **2.2.2.** 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 **2.2.3.** 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 **2.2.4.** 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). W programie istnieje jednorazowa możliwość zastosowania terapii lekowej z użyciem inhibitorów CDK4/6. <u>Kryteria kwalifikacji do leczenia przerzutowego HER2-ujemnego raka piersi:</u> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) potwierdzony histologicznie zaawansowany rak piersi, tj.: a) rak piersi uogólniony (IV stopień zaawansowania)		g) ECHO serca (jedynie w przypadku pembrolizumabu); Badania wykonuje się: – nie rzadziej niż co 3 miesiące – w przypadku leczenia talazoparybem oraz olaparybem, – nie rzadziej niż co 9 tygodni oraz w ostatnim dniu 20 tygodnia leczenia (+/- 7 dni) – w przypadku leczenia sacytuzumabem gowitekanem, – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące (w zależności od wskazań klinicznych) – w przypadku leczenia pembrolizumabem. W celu monitorowania leczenia dopuszcza się wykonywanie innych badań obrazowych koniecznych do oceny zmian według aktualnych kryteriów RECIST w zależności od sytuacji klinicznej. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na

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 ⩾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)); 5) udokumentowana obecność mutacji genu PIK3CA – tylko w przypadku alpelisybu; 6) udokumentowana obecność patogennej lub prawdopodobnie patogennej mutacji w genie BRCA1 lub w BRCA2 (germinalnej) – tylko w przypadku talazoparybu oraz olaparybu; 7) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST; 8) 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, 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; 9) kobiety w stanie pomenopauzalnym zdefiniowanym jako (do wyboru jedna z poniższych opcji): a) stan po obustronnym usunięciu jajników,		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) w przypadku terapii z wykorzystaniem substancji czynnej sacytuzumab gowitekan przekazywanie za pośrednictwem rejestru SMPT danych dotyczących wskaźników efektywności terapii: a) śmiertelność – przeżycie całkowite (OS) tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty zgonu z jakiejkolwiek przyczyny – przeżycie całkowite z oczekiwaną medianą 11,8 miesiąca, b) przeżycie bez progresji choroby (PFS) tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszej udokumentowanej progresji choroby lub zgonu z jakiejkolwiek przyczyny – przeżycie wolne od progresji z oczekiwaną medianą 4,8 miesiąca, c) wskaźnik odpowiedzi obiektywnych (ORR) tj. odsetek pacjentów z odpowiedzią na leczenie w postaci pełnej odpowiedzi (CR) lub częściowej odpowiedzi (PR) – wskaźnik odpowiedzi obiektywnych z na oczekiwanym poziomie 31%; 4) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje

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 alpelisybu; 10) sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 11) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współwystępujących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia; 12) 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 miąższowych 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; 13) 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		przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

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; 14) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 15) nieobecność masywnych przerzutów do narządów trzewnych, stanowiących bezpośrednie zagrożenie życia; 16) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia); 17) 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.		

2.3. Leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi w programie obejmuje: **2.3.1.** 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 **2.3.2.** 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 **2.3.3.** leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi w monoterapii sacytuzumabem gowitekanem (II lub III lub IV linia leczenia TNBC). <u>Kryteria kwalifikacji do leczenia przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi:</u> 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 ekspresja steroidowych receptorów hormonalnych ⩾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 patogennej lub prawdopodobnie patogennej 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 zwalidowanym 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 umożliwiająca 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 raka piersi oraz potrójnie ujemnego raka piersi, b) do stopnia 3-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG– w przypadku leczenia przerzutowego HER2-ujemnego lub HER2-dodatniego raka piersi; 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek, białko mysie lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuacje leczenia; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 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; 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.		

Załącznik B.10.

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		
1. Kryteria kwalifikacji do leczenia *pembrolizumabem* 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka nerkowokomórkowego z komponentem jasnokomórkowym; 2) pośrednie wysokie lub wysokie ryzyko wznowy raka nerki lub chory w stadium M1 bez objawów choroby (NED, No Evidence of Disease): a) pośrednie-wysokie ryzyko: – 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), b) wysokie ryzyko: – 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), c) stadium M1 bez objawów choroby:	**1. Dawkowanie *pembrolizumabu*** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (dalej ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków zgodnie z aktualną ChPL.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia *pembrolizumabem*** 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) mózgu, klatki piersiowej/jamy brzusznej/miednicy; 16) elektrokardiogram (EKG); 17) pomiar ciśnienia tętniczego; 18) inne badania obrazowe 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, klatki piersiowej/jamy brzusznej/miednicy; 2) inne badania obrazowe 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; 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.

oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.		
I LINIA LECZENIA		
1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie: a) raka nerkowokomórkowego z wyłączeniem raka z kanalików zbiorczych - w przypadku *kabozantynibu*, *pazopanibu*, b) raka nerkowokomórkowego z komponentem raka jasnokomórkowego lub sarkomatycznym - w przypadku *niwolumabu* z *ipilimumabem*, c) raka nerkowokomórkowego - w przypadku *temsyrolimusu*; 2) nowotwór w stadium zaawansowanym bez możliwości radykalnego leczenia miejscowego; 3) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego zaawansowanego raka nerki – w przypadku *pazopanibu* możliwa wcześniejsza immunoterapia z wykorzystaniem cytokin; 4) stan sprawności według skali Karnofsky'ego 70-100 (dla *temsyrolimusu* 60-100); 5) ukończony 18. rok życia;	**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.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia *kabozantynibem, niwolumabem*** w połączeniu z ***ipilimumabem, pazopanibem, temsyrolimusem*** 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 *ipilimumabu* z *niwolumabem*, *kabozantynibu*; 9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy; 10) badanie ogólne moczu – dla *kabozantynibu*; 11) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; 12) oznaczenie stężeń cholesterolu oraz trójglicerydów- dla *temsyrolimusu*; 13) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 14) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych; 15) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym (jeśli wskazany klinicznie); 16) elektrokardiogram (EKG); 17) pomiar ciśnienia tętniczego;

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 przeciwskazanie 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. *pazopanibem*** 1) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali International Metastatic Renal Cell Carcinoma Database Consortium (dalej IMDC); **1.2.2. *kabozantynibem*** 1) pośrednie lub niekorzystne rokowanie według skali IMDC; **1.2.3. *temsyrolimusem***		18) badanie TK klatki piersiowej i jamy brzusznej; 19) badanie RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie; 20) 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); 21) 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 *kabozantynibu*; 7) oznaczenie stężeń cholesterolu i trójglicerydów – dla *temsyrolimusu;* 8) oznaczenie stężenia fT4 i TSH - dla *ipilimumabu z niwolumabem, kabozantynibu;* 9) pomiar ciśnienia tętniczego; 10) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się:

1) niekorzystne rokowanie według skali IMDC; **1.2.4. *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; 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. **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);		1) nie rzadziej niż co 4-8 tygodni - w przypadku leczenia *kabozantynibem, pazopanibem, temsyrolimusem* i *niwolumabem* w fazie monoterapii; 2) dodatkowo w 3, 5, 7 i 9 tygodniu w przypadku leczenia *pazopanibem* dla oznaczeń określonych w punktach 3, 4, 5; 3) 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) 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) w przypadku nietolerancji *pazopanibu* możliwa jest w uzasadnionych przypadkach zmiana terapii na inny inhibitor wielokinazowy o działaniu antyangiogennym (finansowany w katalogu chemioterapii), przy czym taka zmiana nie zmienia linii leczenia. Progresja choroby w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia (z uwzględnieniem pkt. 2) uniemożliwia taką procedurę; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.		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 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; 4) w przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy ust. 4 pkt 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej 1) z dniem 1 kwietnia 2018 r. do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej; 2) kwalifikacja, o której mowa w pkt 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej; 3) pacjenci, o których mowa w pkt 1, nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu; 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. 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.		
II LINIA LECZENIA		
1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji**	**1. Dawkowanie** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (dalej ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia *aksytynibem, kabozantynibem, niwolumabem*** 1) rozpoznanie histopatologiczne raka nerkowokomórkowego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenia stężenia kreatyniny we krwi;

1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie: a) raka nerkowokomórkowego z wyłączeniem raka z kanalików zbiorczych - w przypadku *aksytynibu*, *kabozantynibu*, b) raka nerkowokomórkowego z komponentem raka jasnokomórkowego lub sarkomatycznym- w przypadku *niwolumabu*; 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); 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 przeciwskazanie do rozpoczęcia terapii w oparciu o aktualną ChPL;	Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków zgodnie z aktualną ChPL.	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 *kabozantynibu* i *niwolumabu*; 9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy; 10) badanie ogólne moczu – dla *kabozantynibu*; 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); 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.

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. *aksytynibem*** 1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia raka nerki 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; 2) brak wcześniejszego leczenia *aksytynibem;* **1.2.2. *kabozantynibem*** 1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia raka nerki 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; 2) brak wcześniejszego leczenia *kabozantynibem;* **1.2.3. *niwolumabem*** 1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia raka nerki z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów o działaniu antyangiogennym;		**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. 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);

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. **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		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 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; 4) w przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy ust. 4 pkt 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

(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. **4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej** 1) z dniem 1 kwietnia 2018 r. do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej; 2) kwalifikacja, o której mowa w pkt 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej;		

3) pacjenci, o których mowa w pkt 1, nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu; 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. 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.		
III LINIA LECZENIA		
1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie: a) raka nerkowokomórkowego z wyłączeniem raka z kanalików zbiorczych - w przypadku *kabozantynibu*, b) raka nerkowokomórkowego z komponentem raka jasnokomórkowego lub sarkomatycznym – w przypadku *niwolumabu*; 2) nowotwór w stadium zaawansowanym bez możliwości radykalnego leczenia miejscowego;	**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.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia *kabozantynibem, niwolumabem*** 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 *kabozantynibu*; 11) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej;

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); 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 przeciwskazanie 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. *kabozantynibem*** 		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); 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 *kabozantynibu*; 7) oznaczenie stężenia fT4 i TSH; 8) pomiar ciśnienia tętniczego;

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 *kabozantynibem;* **1.2.2. *niwolumabem*** 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 ciągu14 dni przed rozpoczęciem leczenia niwolumabem (kortykosteroidy wziewne są dozwolone); 5) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie. **2. Określenie czasu leczenia w programie**		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) 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.

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); 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		**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; 4) w przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy ust. 4 pkt 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy. **4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej** 1) z dniem 1 kwietnia 2018 r. do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej; 2) kwalifikacja, o której mowa w pkt 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej; 3) pacjenci, o których mowa w pkt 1, nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu; 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. 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.		

Załącznik B.12.FM.

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)		
W ramach części I. programu lekowego w niżej wskazanych liniach leczenia chorym na chłoniaka grudkowego udostępnia się terapie: 1) w I linii leczenia – *obinutuzmabem w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną)*; 2) w II i kolejnych liniach leczenia – *obinutuzmabem w skojarzeniu z bendamustyną* 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. albo 1.3.) dla poszczególnych terapii. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) potwierdzona histologicznie diagnoza chłoniaka grudkowego; 2) wiek 18 lat i powyżej; 3) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 5) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów	**1. Dawkowanie leków** **1.1. obinutuzumab w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) w I linii leczenia** 1.1.1. Leczenie indukujące – obinutuzumab w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) Obinutuzumab w cyklu 1.: 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. Obinutuzumab w cyklach 2-6 lub 2-8 *(liczba cykli oraz ich długość zależna od zastosowanego schematu chemioterapii zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego):* w dawce 1000 mg w skojarzeniu z chemioterapią podaje się w 1. dniu każdego cyklu leczenia. Chemioterapia:	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) ocena wydolności nerek: 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 chłonnego lub tkanki pozawęzłowej, w tym ocena obecności antygenu CD20 – w przypadku kwalifikacji do I linii leczenia;

klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;

7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
8) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub na białka mysie lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;
9) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
10) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

1.2. Kryteria kwalifikacji do I linii leczenia

1) zaawansowany chłoniak grudkowy w stadium II *bulky*, III, IV wg Ann Arbor;
2) brak wcześniejszego leczenia chłoniaka grudkowego.

1.3. Kryteria kwalifikacji do II i kolejnych linii leczenia

1) stosowana uprzednio co najmniej jedną linię leczenia chłoniaka grudkowego;
2) brak odpowiedzi na leczenie lub progresja choroby podczas leczenia lub maksymalnie do 6 miesięcy po zakończeniu leczenia rytuksymabem lub schematem zawierającym rytuksymab.

Oba kryteria (1 i 2) muszą być spełnione łącznie.

2. Określenie czasu leczenia w programie

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

1) CHOP – zgodne ze standardowym dawkowaniem dla tego schematu

albo

2) CVP – zgodne ze standardowym dawkowaniem dla tego schematu

albo

3) Bendamustyna – w dawce 90 mg/m^2 pc. podawana dożylnie w 1. i 2. dniu każdego cyklu leczenia

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.

1.1.2. Leczenie podtrzymujące – obinutuzumab w monoterapii

Obinutuzumab: w dawce 1000 mg podawany raz na 2 miesiące przez dwa lata lub do wystąpienia progresji choroby w trakcie leczenia podtrzymującego.

1.2. obinutuzumab w skojarzeniu z bendamustyną w II lub kolejnych liniach leczenia

1.2.1. Leczenie indukujące – obinutuzumab w skojarzeniu z bendamustyną

Obinutuzumab w cyklu 1.: 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),

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 anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anty-HCV badanie HCV-RNA;
9) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).

W przypadku lokalizacji pozawęzłowej chłoniaka wykonanie innych badań oceniających zaawansowanie chłoniaka oprócz badań w/w - do decyzji lekarza prowadzącego (badania endoskopowe lub inne).

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

Badania przeprowadzane przed każdym podaniem leku:

1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);
2) ocena wydolności wątroby:
   a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
   b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),
   c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
3) ocena wydolności nerek:
   a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
   b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi;
4) oznaczenie stężenia elektrolitów:
   a) oznaczenie stężenia sodu,
   b) oznaczenie stężenia potasu.

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii: 1) obinutuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) w I 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 II lub kolejnych liniach leczenia – maksymalny czas leczenia indukującego wynosi 6 cykli, a maksymalny czas leczenia podtrzymującego wynosi 2 lata. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby w trakcie leczenia, oceniana po podaniu co najmniej 2 cykli leczenia; 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; 3) okres ciąży lub karmienia piersią; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) rozpoznanie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii (PML); 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony	8. dniu i 15. dniu pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia. <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. <u>Bendamustyna w cyklach 1-6:</u> w dawce 90 mg/m^2 pc. podawana dożylnie w 1. i 2. dniu każdego cyklu leczenia. 1.2.2. Leczenie podtrzymujące – obinutuzumab w monoterapii <u>Obinutuzumab:</u> w dawce 1000 mg podawany raz na 2 miesiące przez dwa lata lub do wystąpienia progresji choroby w trakcie leczenia podtrzymującego. **2. Modyfikacja dawkowania leków** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	Badania wykonywane w celu oceny skuteczności leczenia przeprowadzane po zakończeniu leczenia indukującego lub w przypadku podejrzenia progresji choroby (nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia): 1) badania obrazowe, pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR). 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 pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.

świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		
II. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI ZŁOŚLIWE (ICD-10: C83, C85)		
W ramach części II. programu lekowego chorym na chłoniaka złośliwego (ICD-10: C83, C85) udostępnia się terapię piksantronem w III lub IV linii leczenia, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) potwierdzony histologicznie agresywny chłoniak nieziarniczy z limfocytów B (ICD-10: C83, C85); 2) wiek 18 lat i powyżej; 3) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 4) udokumentowane niepowodzenie w II lub III linii chemioterapii (lek może być zastosowany tylko w III lub IV linii leczenia); 5) LVEF ≥ 45%; 6) bezwzględna liczba neutrofili ≥1,0x10^9/l; liczba płytek krwi ≥75x10^9/l (możliwe są mniejsze wartości, o ile wynika to z nacieczenia szpiku w przebiegu chłoniaka); 7) całkowite stężenie bilirubiny <1,5 x GGN, kreatyniny <1,5 x GGN, AST oraz ALT <2 x GGN (w przypadku zajęcia wątroby <5 x GGN); 8) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 9) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego, w tym	**1. Dawkowanie leku** Zalecana dawka piksantronu wynosi 50 mg/m^2 pc. w postaci infuzji dożylnej podawanej w 1., 8. oraz 15. dniu każdego 28-dniowego cyklu – przez nie więcej niż 6 cykli. Piksantron jest przeznaczony do podawania w powolnym wlewie dożylnym (trwającym co najmniej 60 minut) za pomocą zestawu do infuzji wyposażonego w filtr, wyłącznie po uprzednim rozpuszczeniu w 5 ml 0,9% roztworu chlorku sodu (9 mg/ml) do wstrzykiwań i po dalszym rozcieńczeniu w 0,9% roztworze chlorku sodu do wstrzykiwań do ostatecznej objętości 250 ml. **2. Modyfikacja dawkowania leku** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) ocena wydolności wątroby: 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) badania obrazowe (w tym USG lub RTG lub TK lub RM lub inne); 5) elektrokardiografia (EKG); 6) ocena LVEF wykonana metodą ECHO; 7) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) badania wykonywane przed każdym podaniem leku: a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 2) badania wykonywane co drugi cykl leczenia (przed podaniem leku w pierwszym dniu 28-dniowego cyklu): a) elektrokardiografia (EKG), b) ocena LVEF wykonana metodą ECHO.

niewystępowanie niewyrównanej niewydolności serca lub niestabilnego zespołu wieńcowego; 11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 12) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 13) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 14) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **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 piksantronem kontynuuje się do maksymalnie 6 cykli. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) stan sprawności 3-4 według skali ECOG; 4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, w tym: a) kardiotoksyczność 3. lub 4. stopnia wg NYHA lub utrzymujący się spadek LVEF ≥ 15% w stosunku do stanu		**3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) badania wykonywane w razie podejrzenia progresji choroby – odpowiednie badania obrazowe (w tym USG lub RTG lub TK lub RM lub inne). 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 pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.

wyjściowego nie ustępujące pomimo odroczenia leczenia o 28 dni; b) utrzymująca się powyżej 28 dni, toksyczność spowodowana lekiem, 3. lub 4. stopnia (inna niż, nudności i wymioty) nie ustępująca pomimo odroczenia leczenia o 28 dni; 5) okres ciąży lub karmienia piersią; 6) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 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.		
III. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI Z DUŻYCH KOMÓREK B		
III.A. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKA ROZLANEGO Z DUŻYCH KOMÓREK B (DLBCL)		
W ramach części III.A. programu lekowego chorym na opornego lub nawrotowego chłoniaka rozlanego z dużych komórek B (DLBCL) udostępnia się terapie: *1) polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem,* *2) tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem,* 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.) dla poszczególnych terapii. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji**	**1. Dawkowanie leków** **1.1. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem** Każdy cykl trwa 21 dni. Polatuzumab wedotyny w dawce 1,8 mg/kg mc. podawany jest w infuzji dożylnej co 21 dni w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem przez 6 cykli. Polatuzumab wedotyny, bendamustyna i rytuksymab mogą być podawane w dowolnej kolejności w 1. dniu każdego cyklu.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) ocena wydolności nerek: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie wskaźnika eGFR, c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi;

1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL);
2) wiek 18 lat i powyżej;
3) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;
4) nawrót 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) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub białka mysie lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;
8) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;
9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego;
10) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
11) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
12) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii

1.2.1. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem

1) przeciwwskazania do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych w momencie kwalifikacji do programu lekowego;
2) nieobecność neuropatii obwodowej ≥ 2 stopnia;

Zaleca się, aby nie przekraczać dawki polatuzumabu wedotyny powyżej 240 mg/cykl.

Bendamustyna – zalecana dawka wynosi 90 mg/m^2 pc. /dobę w 1. i 2. dniu każdego cyklu.

Rytuksymab – zalecana dawka rytuksymabu wynosi 375 mg/m^2 pc. w 1. dniu każdego cyklu.

1.2. tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem

Każdy cykl trwa 28 dni.

1.2.1. Cykle 1-12:

Tafasytamab w zalecanej dawce 12 mg/kg m.c. podawany w infuzji dożylnej:

- 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.

Lenalidomid – zalecana dawka początkowa wynosi 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu – od cyklu 1. do cyklu 12.

U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego.

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.

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 anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anty-HCV badanie HCV-RNA;
7) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);
8) dodatkowo w przypadku terapii *tafasytamabem w skojarzeniu z lenalidomidem*:
   a) elektrokardiografia (EKG),
   b) ocena LVEF wykonana metodą ECHO/MUGA,
   c) test na HIV (przeciwciała anty-HIV w surowicy).

W przypadku lokalizacji pozawęzłowej chłoniaka wykonanie innych badań oceniających zaawansowanie chłoniaka oprócz badań w/w - do decyzji lekarza prowadzącego (badania endoskopowe lub inne).

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

2.1. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem

Badania przeprowadzane przed każdym podaniem leku:

1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);
2) ocena wydolności wątroby:
   a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
   b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),
   c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;

3) stężenie bilirubiny ≤ 1,5 razy GGN (górna granica normy dla danego laboratorium). **1.2.2. tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem** 1) niekwalifikowanie się pacjenta do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych w momencie kwalifikacji do programu lekowego. **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. **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) *polatuzumabem wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem* – leczenie kontynuuje się do maksymalnie 6 cykli; 2) *tafasytamabem w skojarzeniu z lenalidomidem* – maksymalny czas leczenia tafasytamabem w skojarzeniu z lenalidomidem wynosi 12 cykli, natomiast przez kolejne cykle tafasytamab jest podawany w monoterapii do momentu wystąpienia progresji choroby albo niemożliwej do zaakceptowania toksyczności.	1.2.2. Od 13 cyklu: Tafasytamab od 13. cyklu podawany jest w monoterapii w zalecanej dawce 12 mg/kg m.c. w infuzji dożylnej – w dniach 1. i 15. każdego cyklu. **2. Modyfikacja dawkowania leków** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	2) ocena wydolności nerek: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi; 3) oznaczenie stężenia elektrolitów: a) oznaczenie stężenia sodu, b) oznaczenie stężenia potasu. **2.2. tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem** Badania przeprowadzane przed każdym podaniem leku: 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) ocena wydolności nerek: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi; 4) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** **3.1. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem** Badania wykonywane po 3. cyklach leczenia, po zakończeniu leczenia lub w dowolnym momencie w przypadku podejrzenia progresji choroby: 1) odpowiednie badania obrazowe (TK lub PET-TK lub NMR).

3. Kryteria wyłączenia z programu 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 wieloogniskowej leukoencefalopatii (PML) – w przypadku terapii *polatuzumabem wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem* 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.		**3.2. tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem** Badania wykonywane w celu oceny skuteczności leczenia – po 3. cyklach leczenia, po 6 miesiącach i po 12 miesiącach leczenia oraz w dowolnym momencie w przypadku podejrzenia progresji choroby: 1) odpowiednie badania obrazowe (TK lub PET-TK lub NMR). 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. Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji – dotyczy każdej z terapii w tej części programu.
III.B. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI Z DUŻYCH KOMÓREK B – TERAPIA CAR-T		
W ramach części III.B. programu lekowego chorym na chłoniaki z dużych komórek B udostępnia się terapie CAR-T z zastosowaniem: 1) aksykabtagenu cyloleucelu albo 2) tisagenlecleucelu zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.	**1. Dawkowanie leków** Schemat dawkowania aksykabtagenu cyloleucelu oraz tisagenlecleucelu zgodnie zapisami aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych dla tych substancji czynnych. Chemioterapię limfodeplecyjną należy stosować zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego odpowiednio dla	**1. Badania** **1.1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie fizykalne i ocena objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego; 2) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 3) ocena funkcji wątroby, tj.: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);

1. Kryteria kwalifikacji

Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T w leczeniu chorych na chłoniaki powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta.

1) potwierdzony histologicznie:
   a) chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL) albo chłoniak z komórek B o wysokim stopniu złośliwości (HGBCL) albo stransformowany w DLBCL chłoniak grudkowy (TFL) – dotyczy leczenia aksykabtagenem cyloleucelu albo tisagenlecleucelem,

   albo

   b) pierwotny chłoniak śródpiersia z dużych komórek B (PMBCL) – dotyczy leczenia wyłącznie aksykabtagenem cyloleucelu;
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) udokumentowane niepowodzenie dwóch lub więcej linii leczenia systemowego;
5) wcześniejsze leczenie zawierające przeciwciało anty-CD20 i antracykliny;
6) oporność na ostatnią otrzymaną linię leczenia lub wznowa/progresja w ciągu 12 miesięcy od przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych (HSCT);
7) czynność szpiku kostnego pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii;

aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu. Przed podaniem aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu zaleca się zastosowanie premedykacji zgodnie z zapisami aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych dla tych produktów.

Aksykabtagen cyloleucelu 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 aksykabtagenem cyloleucelu lub tisagenlecleucelem.

2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania, przechowywania, przygotowania i usuwania produktu leczniczego

Postępowanie zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego odpowiednio dla aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu.

   b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
   c) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;
4) ocena funkcji nerek, tj.:
   a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
   b) oznaczenie klirensu kreatyniny;
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).

1.2. Badania bezpośrednio przed podaniem aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu

1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);
2) białka ostrej fazy:
   a) oznaczenie stężenia CRP,
   b) oznaczenie stężenia ferrytyny;

8) czynność serca, wątroby, nerek oraz płuc pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii; 9) 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 aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** U chorych można zastosować jedno przetoczenie CAR-T (tj. jedno podanie aksykabtagenu cyloleucelu albo jedno podanie tisagenlecleucelu). Maksymalny czas opieki w ramach programu lekowego wynosi 12 miesięcy od dnia podania CAR-T. **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;		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 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;

9) zakażenie HIV; 10) aktywne wirusowe zapalenie wątroby typu B, C; 11) aktywna choroba autoimmunologiczna; 12) pierwotny niedobór odporności; 13) obecność przeciwwskazań do stosowania chemioterapii limfodeplecyjnej z zastosowaniem takich leków, jak: a) cyklofosfamid i fludarabina – w przypadku leczenia aksykabtagenem cyloleucelu, b) cyklofosfamid i fludarabina albo bendamustyna – w przypadku leczenia tisagenlecleucelem; 14) wcześniejsze leczenie CAR-T (anty-CD19). **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie nieodwracalnych, bezwzględnych przeciwwskazań do podania aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu.		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 aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 8) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi; 9) oznaczenie stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 10) znaczenie stężenia elektrolitów. Badania wskazane w pkt 4-10 wykonuje się co najmniej 2 razy w tygodniu w ciągu pierwszych 2 tygodni od podania aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu, a następnie w zależności od sytuacji klinicznej.

		3. Monitorowanie skuteczności leczenia Badania wykonywane co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy od podania CAR-T: 1) TK lub NMR lub PET-TK. 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 pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.
IV.A. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKA Z KOMÓREK PŁASZCZA (MCL) (ICD-10: C85.7)		
W ramach części IV.A. programu lekowego chorym na opornego lub nawrotowego chłoniaka z komórek płaszcza (MCL) udostępnia się terapię ibrutynibem w monoterapii, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) potwierdzone rozpoznanie chłoniaka z komórek płaszcza; 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;	**1. Dawkowanie leku** Zalecana dawka ibrutynibu wynosi 560 mg podawana doustnie 1 raz na dobę. **2. Modyfikacja dawkowania leku** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) ocena wydolności nerek: 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;

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; Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 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. **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) progresja choroby w trakcie leczenia; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;		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 anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anty-HCV badanie HCV-RNA; 10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) badanie wykonywane 1 raz w miesiącu przez pierwsze 12 miesięcy leczenia, a następnie co najmniej co 3 miesiące: a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) badania wykonywane co 3 miesiące: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego okresowe badania: a) oznaczenie stężenia kreatyniny u chorych z zaburzeniami czynności nerek,

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.		b) elektrokardiografia (EKG) w celu wykrycia migotania przedsionków. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** Badania wykonywane w trakcie 4. oraz 7. miesiąca leczenia, a następnie w przypadku podejrzenia progresji/nawrotu: 1) TK lub PET-TK lub NMR – rodzaj badań obrazowych do decyzji lekarza. 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 pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.
IV.B. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKA Z KOMÓREK PŁASZCZA (MCL) (ICD-10: C85.7) – TERAPIA CAR-T		
W ramach części IV.B. programu lekowego chorym na opornego lub nawrotowego chłoniaka z komórek płaszcza (MCL) udostępnia się terapię CAR-T z zastosowaniem breksukabtagenu autoleucelu, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T w leczeniu chorych na chłoniaki powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.	**1. Dawkowanie leku** Schemat dawkowania breksukabtagenu autoleucelu zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego. Chemioterapię limfodeplecyjną należy stosować zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla breksukabtagenu autoleucelu. Przed podaniem breksukabtagenu	**1. Badania** **1.1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie fizykalne i ocena objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego; 2) morfologia krwi obwodowej z rozmazem (wzorem odsetkowym); 3) ocena funkcji wątroby, tj.: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),

Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta. 1) potwierdzony histologicznie chłoniak z komórek płaszcza (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. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** 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. **3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu**	autoleucelu zaleca się zastosowanie premedykacji zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego. 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. **2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania, przechowywania, przygotowania i usuwania produktu leczniczego** Postępowanie zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla breksukabtagenu autoleucelu.	b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), c) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 4) ocena funkcji nerek, tj.: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie klirensu kreatyniny; 5) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi: 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 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). **1.2. Badania bezpośrednio przed podaniem breksukabtagenu autoleucelu**

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; 17) wcześniejsze leczenie CAR-T (anty-CD19). **4. Kryteria wyłączenia z programu**		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).

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 aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 8) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi; 9) oznaczenie stężenie kreatyniny w surowicy krwi;

		10) oznaczenie stężenia elektrolitów. Badania wskazane w pkt 4-10 wykonuje się co najmniej 2 razy w tygodniu w ciągu pierwszych 2 tygodni od podania breksukabtagenu autoleucelu, a następnie w zależności od sytuacji klinicznej. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** Badania wykonywane co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy od podania CAR-T: 1) TK lub NMR lub PET-TK. 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 pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi rekomendacjami.
		1. Monitorowanie programu – DOTYCZY KAŻDEJ Z CZĘŚCI 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 lub przez Zespół Koordynacyjny (jeśli dotyczy) dla indywidualnego pacjenta, spośród: 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); 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; 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.

Załącznik B.14.

LECZENIE CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĘ SZPIKOWĄ (ICD-10: C92.1)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>W ramach programu lekowego chorym na oporną lub nawrotową przewlekłą białaczkę szpikową albo chorym z nietolerancją imatynibu udostępnia się terapie:
1) nilotynibem,
2) bosutynibem,
3) ponatynibem,
4) asciminibem,
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.) dla poszczególnych terapii.
1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji
1) wiek 18 lat i powyżej;
2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;
3) rozpoznanie przewlekłej białaczki szpikowej z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL1 lub chromosomu Filadelfia (Ph+);
4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</td>
<td>1. Dawkowanie leków
1.1. nilotynib
Zalecana dawka nilotynibu wynosi 400 mg podawana doustnie dwa razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 800 mg).
Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić około 12 godzin.

1.2. bosutynib
Zalecana dawka bosutynibu wynosi 500 mg podawana doustnie raz na dobę.
Zwiększenie dawki do 600 mg raz na dobę jest dozwolone u pacjenta, u którego nie wystąpiły ciężkie ani długotrwałe działania niepożądane o nasileniu umiarkowanym w sytuacji:
1) nieosiągnięcia całkowitej odpowiedzi hematologicznej do tygodnia 8,
2) nieosiągnięcia całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej do tygodnia 12.

1.3. ponatynib</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) badanie cytogenetyczne szpiku lub badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL;
2) morfologia krwi z rozmazem;
3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
6) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
7) badanie cytogenetyczne krwi (opcjonalnie);
8) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie);
9) badanie mutacji domeny kinazy ABL w przypadku oporności na poprzednio stosowany inhibitor kinazy tyrozynowej;
10) dodatkowo w przypadku terapii nilotynibem lub ponatynibem:
a) oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi,
b) oznaczenie stężenia trójglicerydów we krwi,
c) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego we krwi,
d) oznaczenie stężenia cholesterolu HDL we krwi,
e) oznaczenie stężenia cholesterolu LDL we krwi;</td>
</tr>
</table>

5) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;

6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.

W ramach programu lekowego nie jest możliwe zastosowanie więcej niż 2 inhibitorów kinazy tyrozynowej drugiej generacji, jeśli stwierdza się oporność na te leki.

W przypadku nietolerancji inhibitorów kinazy tyrozynowej drugiej generacji możliwe jest zastosowanie 3 inhibitorów drugiej generacji.

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).

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii

1.2.1. *nilotynibem* lub *bosutynibem* – w przypadku przewlekłej białaczki szpikowej w fazie przewlekłej lub akceleracji

1) przewlekła białaczka szpikowa w fazie przewlekłej lub akceleracji;

2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, w tym leczenie *imatynibem*;

3) wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków:

a) oporność na leczenie *imatynibem* oraz obecność mutacji innej niż T315I,

lub

b) brak remisji hematologicznej po co najmniej 3 miesiącach leczenia *imatynibem*,

lub

Zalecana dawka początkowa *ponatynibu* wynosi:

1) 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,

2) 30 mg lub 15 mg podawana doustnie raz na dobę – u pacjenta nietolerującego uprzedniego leczenia inhibitorami kinaz tyrozynowych lub z opornością i współistniejącym podwyższonym ryzkiem powikłań w układzie sercowo-naczyniowym.

U świadczeniobiorcy, który osiągnął przynajmniej częściową odpowiedź cytogenetyczną (odsetek komórek Ph(+) w szpiku <35%) lub BCR-ABL <10% IS (MR[1]), można zredukować dawkę *ponatynibu* do 30 mg lub 15 mg raz na dobę, w zależności od głębokości odpowiedzi i tolerancji leczenia.

1.4. asciminib

Zalecana dawka *asciminibu* wynosi 40 mg podawana doustnie dwa razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 80 mg).

Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić około 12 godzin.

2. Modyfikacja dawkowania, dodatkowe informacje

11) dodatkowo w przypadku terapii *asciminibem* – oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

Badania wykonywane raz w miesiącu, a po uzyskaniu całkowitej remisji hematologicznej co 3 miesiące:

1) morfologia krwi z rozmazem (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia);

2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);

3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);

4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;

5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;

6) dodatkowo w przypadku terapii *ponatynibem*, *asciminibem* – oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi;

7) dodatkowo w przypadku terapii *nilotynibem* lub *ponatynibem* (dotyczy tylko chorych z wyjściowo nieprawidłowym wynikiem):

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.

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

Badania pozwalające na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia należy wykonać zgodnie z aktualnymi rekomendacjami:

1) badanie cytogenetyczne lub ilościowe molekularne* – co 3 miesiące do uzyskania całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej

c) brak częściowej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL >10% IS (MR^1) w 6 miesiącu leczenia *imatynibem*, lub d) brak całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL >1% IS (MR^2) po 12 miesiącach leczenia *imatynibem*, lub e) utrata osiągniętej wcześniej odpowiedzi hematologicznej lub cytogenetycznej lub większej molekularnej MR^3 (tj. po utracie odpowiedzi- BCR-ABL >0,1% IS), lub f) progresja choroby, lub g) nietolerancja leczenia *imatynibem*, lub h) 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). **1.2.2. *bosutynibem* – w przypadku przewlekłej białaczki szpikowej w fazie kryzy blastycznej** 1) przewlekła białaczka szpikowa w fazie kryzy blastycznej; 2) wcześniejsze leczenie imatynibem lub innym inhibitorem kinazy tyrozynowej, po którym wystąpiła nietolerancja lub niepowodzenie leczenia zgodnie z rekomendacjami European LeukemiaNet lub PALG (Polish Adult Leukemia Group). **1.2.3. *ponatynibem***	Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.	– CCyR lub BCR-ABL <1% IS (MR^2), a następnie ilościowe badanie molekularne* co 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. Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji. **3.1. Monitorowanie w fazie odstawienia leczenia *nilotynibem* u pacjentów z uzyskaną trwałą głęboką odpowiedzią molekularną (≥MR^4)** Badania wykonywane nie rzadziej niż co 4 tygodnie przez pierwsze 6 miesięcy od odstawienia *nilotynibu*, następnie co 6 tygodni przez kolejne 6 miesięcy, a później co 3 miesiące: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) ilościowe badanie molekularne* (liczba kopii transkryptu BCR-ABL1). **3.2. Monitorowanie po wznowieniu leczenia *nilotynibem* u pacjentów, którzy utracili większą odpowiedź molekularną (MMR) w trakcie fazy odstawienia leczenia *nilotynibem*** Badania wykonywane co 4 tygodnie do czasu odzyskania MMR, a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) ilościowe badanie molekularne* (liczba kopii transkryptu BCR-ABL1).

1) przewlekła białaczka szpikowa w fazie przewlekłej lub akceleracji lub kryzy blastycznej; 2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, w tym leczenie *imatynibem*; 3) wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków: a) oporność na leczenie *imatynibem* 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). **1.2.4. *asciminibem*** 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 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.		**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 całkowita hematologiczna (CHR), b) odpowiedź cytogenetyczna: – całkowita (CCyR), – częściowa (PCyR), – mniejsza (mCyR), – minimalna (minCyR), – brak odpowiedzi (nCyR), c) odpowiedź molekularna: – większa (MMR, MR^3), – głęboka (MR^4 lub $MR^{4,5}$ lub MR^5), 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

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) *nilotynibem* – można rozważyć odstawienie leczenia u pacjenta, który uzyskał trwałą głęboką odpowiedź molekularną (≥MR^4) oraz spełnione są łącznie następujące warunki: a) w pierwszej linii leczenia zastosowano *imatynib*, b) leczenie *nilotynibem* trwało przynajmniej 3 lata, a głęboka odpowiedź molekularna na leczenie *nilotynibem* utrzymuje się przez minimum jeden rok przed planowanym odstawieniem leczenia, W przypadku utraty większej odpowiedzi molekularnej (MMR, MR^3 tj. po utracie odpowiedzi BCR-ABL jest >0,1% IS) powinno zostać wznowione leczenie *nilotynibem* w ciągu 4 tygodni od utraty MMR. W przypadku, gdy pacjent nie toleruje procesu odstawienia leku, możliwy jest powrót do leczenia *nilotynibem*. W przypadku stwierdzenia oporności na dwie linie leczenia, jeżeli nie zostało to wcześniej zrobione, a świadczeniobiorca jest kandydatem do przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych, należy wszcząć procedurę kwalifikacji do transplantacji. **3. Kryteria wyłączenia z programu (występujące podczas leczenia ostatnim z możliwych do zastosowania inhibitorów, w przypadku chorych, u których zastosowano wszystkie dostępne terapie zgodnie z zapisami programu lekowego) lub kryteria zmiany inhibitora kinazy tyrozynowej** 1) progresja choroby w trakcie leczenia wyrażająca się:		lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ. 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.

a) utratą odpowiedzi hematologicznej, lub b) utratą całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej, lub c) zwiększeniem o 30% odsetka komórek z chromosomem Filadelfia u świadczeniobiorcy z remisją cytogenetyczną mniejszą niż całkowita, lub d) utratą dotychczasowej odpowiedzi cytogenetycznej lub e) pojawieniem się nowych aberracji chromosomalnych w klonie białaczkowym Filadelfia (Ph+) lub nowych mutacji domeny kinazy ABL; 2) brak odpowiedzi hematologicznej po 3 miesiącach stosowania leku; 3) brak minimalnej odpowiedzi cytogenetycznej (tj. sytuacja, w której odsetek komórek Ph(+) w szpiku >95%) po 3 miesiącach stosowania leku; 4) brak częściowej cytogenetycznej odpowiedzi (tj. sytuacja, w której odsetek komórek Ph(+) w szpiku >35%) lub BCR-ABL1 >10% IS (MR[1]) po 6 miesiącach stosowania leku; 5) brak redukcji BCR-ABL1 do <1% IS po 12 miesiącach stosowania leku; 6) znalezienie dawcy i podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych u danego świadczeniobiorcy; 7) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;		

8) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 9) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 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.		

Załącznik B.15.

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**
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. **1. Moduł pierwotnej profilaktyki krwawień** **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. Substancja czynna finansowana w ramach pierwotnej profilaktyki krwawień – koncentraty czynników krzepnięcia, odpowiednio czynnika VIII lub czynnika IX - osoczopochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu (rurioctocog alfa pegol – można stosować u pacjentów ≥ 12 roku życia). **1.2.** Pierwotna profilaktyka krwawień nowozdiagnozowanych dzieci z ciężką postacią hemofilii A i B wcześniej nie leczonych czynnikami krzepnięcia osoczopochodnymi (ludzkimi), u których	**1. Pierwotna profilaktyka krwawień** 1) czynnik VIII osoczopochodny, czynnik VIII rekombinowany, czynnik VIII rekombinowany o przedłużonym działaniu: a) dzieci do ukończenia 2. roku życia – 100-700 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie); b) dzieci powyżej 2. roku życia – 140-700 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie). 2) czynnik IX osoczopochodny: 100-400 j. m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie). 3) czynnik IX rekombinowany, czynnik IX rekombinowany o przedłużonym działaniu: 120-480 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie). **2. Wtórna profilaktyka krwawień** 1) czynnik VIII osoczopochodny: a) dzieci do ukończenia 2. roku życia, 200-	**1. Kwalifikacja do leczenia** W ramach kwalifikacji świadczeniobiorcy do udziału w programie, na podstawie decyzji lekarza lokalnego lub regionalnego centrum leczenia hemofilii, wykonuje się następujące badania: 1) badania przesiewowe: a) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT), b) czas protrombinowy (PT), c) czas trombinowy (TT); 2) wykonanie testu korekcji osoczem prawidłowym; 3) ocena aktywności czynników krzepnięcia I, VIII i IX, von Willebranda (vWFRCo), XI, XII; 4) antygen czynnika von Willebranda (vWFAg); 5) ocena miana inhibitora czynnika VIII i IX u dzieci uprzednio leczonych (test Bethesda w modyfikacji Nijmegen); 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) 7) morfologia krwi. 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

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 działaniu (rurioctocog alfa pegol – można stosować u pacjentów ≥ 12 roku życia).

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 działaniu;
2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – rekombinowanych minimum drugiej generacji lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu.

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 lub B, po wystąpieniu więcej niż jednego krwawienia do stawów.

Substancja czynna finansowana w ramach wtórnej profilaktyki krwawień – koncentraty czynników krzepnięcia, odpowiednio czynnika VIII lub czynnika IX:

1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – osoczopochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu;
2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – rekombinowanych

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 rekombinowany o przedłużonym działaniu:

120-400 j.m./kg m. c., na 28 dni (4 tygodnie).

3. U dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego, zapewnienie czynnika VIII lub IX do zabiegu, według schematu:

3.1. Dawkowanie czynnika VIII:

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.

3.2. Dawkowanie czynnika 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) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT) co najmniej raz w roku;
3) obecność przeciwciał anty-HBs;
4) obecność antygenu HBs (w przypadku braku miana zabezpieczającego przeciwciał anty-HBS), u dodatnich przeciwciała anty-HBc i anty HBe, DNA HBV;
5) przeciwciała anty-HCV (raz w roku), u dodatnich RNA HCV;
6) przeciwciała anty-HIV (w uzasadnionych przypadkach), u dodatnich RNA HIV;
7) USG naczyń w okolicy dojścia żylnego, nie rzadziej niż raz w roku;
8) badanie ogólne moczu.

minimum drugiej generacji lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu. **2.2.** 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 działaniu; 2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – rekombinowanych minimum drugiej generacji lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu. **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).** Finansowanie realizacji wywoływania tolerancji immunologicznej odbywa się poprzez realizację stosownych umów z podmiotami odpowiedzialnymi. Wymóg zawarcia przedmiotowych umów jest zapisywany w specyfikacji przetargowej. 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. Kryteria włączenia do przedmiotowego modułu nowopowstałego inhibitora u dzieci do 18. roku życia: 1) pacjenci z hemofilią powikłaną nowopowstałym krążącym	osoczopochodnego: 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. **3.3.** Dawkowanie czynnika IX rekombinowanego, czynnika IX 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. **3.4.** 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.;	**2.3.** Na podstawie decyzji lekarza lokalnego lub regionalnego centrum leczenia hemofilii możliwe jest, w ramach monitorowania leczenia, wykonanie następujących badań: 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) - w przypadku leczenia moroktokogiem alfa do oceny aktywności czynnika krzepnięcia VIII należy stosować metodę z użyciem substratu chromogennego. **2.4.** Oznaczanie inhibitora 1) do 150 przetoczeń - co 3 miesiące lub po każdych 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 dotychczasowej dawce. W przypadku niewykrycia inhibitora kolejne jego oznaczenia powinny być wykonywane zgodnie z powyższym opisem. W przypadku wykrycia inhibitora kolejne jego oznaczenia powinny być wykonywane co miesiąc (możliwa jest zmiana częstotliwości oznaczania inhibitora na podstawie decyzji lekarza regionalnego

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. **4. Kryteria wyłączenia** Stwierdzenie obecności inhibitora (krążącego antykoagulantu o 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.	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.	centrum leczenia hemofilii). **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 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; przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.17.

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**
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. 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. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu. **3. Kryteria wyłączenia** Ciężkie uogólnione reakcje nadwrażliwości	**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	**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. **2.Monitorowanie leczenia** **2.1** Immunoglobuliny dożylne Badanie przeprowadzane przed każdym podaniem leku zgodnie z harmonogramem dawkowania:

na immunoglobuliny lub inny składnik preparatu. Towarzyszący niedoborowi IgG niedobór IgA z występowaniem przeciwciał przeciwko IgA wymaga leczenia w ośrodku z oddziałem intensywnej terapii.	następuje 1 raz na 7 – 14 dni. Sumaryczna miesięczna dawka odpowiada dawkom preparatów dożylnych. 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. Oba składniki podaje się w określonej kolejności: najpierw hialuronidazę, a następnie przez tę samą igłę 10% preparat immunoglobulin. 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. W przypadku pacjentów leczonych aktualnie immunoglobuliną podawaną podskórnie, 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. Pacjenci dotychczas nieleczeni bądź leczeni preparatami do podawania dożylnego, wymagają szkolenia w warunkach szpitalnych: 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 szósta (opcjonalnie): SCIg administruje samodzielnie pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta pod	a) morfologia krwi z rozmazem, b) AlAT, c) AspAT, d) poziom IgG w surowicy. 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. W przypadku wskazań dodatkowo: a) IgA w surowicy krwi, b) IgM w surowicy krwi. Raz na 6 miesięcy: - USG jamy brzusznej. 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. **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) AlAT, d) AspAT. Raz na 6 miesięcy: - USG jamy brzusznej. Raz na rok: - badania wirusologiczne (zakażenia HBV, HCV). O zestawie badań w trakcie monitorowania leczenia

	nadzorem personelu medycznego 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 wystąpienia 6) Pacjent otrzymuje preparaty SCIg (wraz z niezbędnym sprzętem medycznym umożliwiającym podanie preparatu i środkami zabezpieczającymi jałowość procedury) w ośrodku prowadzącym terapię PNO danego pacjenta 7) Preparat do podawania podskórnego może być wydany dla celów terapii domowej na okres substytucji nie przekraczający 3 miesięcy	w ramach programu lekowego decyduje lekarz specjalista immunologii klinicznej.

Załącznik B.18.

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**
1. Kryteria kwalifikacji 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; 2) wczesne dojrzewanie płciowe z dużą akceleracją wieku kostnego i niskim przewidywanym wzrostem docelowym. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu. **3. Kryteria wyłączenia** 1) osiągnięcie przez świadczeniobiorcę wieku chronologicznego właściwego dla wystąpienia cech dojrzewania płciowego; 2) stwierdzenie wieku kostnego: powyżej 13 lat; 3) zmniejszenie tempa wzrastania poniżej dolnej granicy normy dla okresu prepubertalnego (4 cm na rok).	**1. Dawkowanie triptoreliny** 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.	**1. Badania przy kwalifikacji** 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 śródręcza 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.

		1. Monitorowanie leczenia Po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia lub po zmianie dawkowania: 1) LH; 2) FSH; 3) ocenić występowanie cech płciowych według kryteriów Tannera-Marschalla. Co 12 miesięcy należy wykonać RTG śródręcza, z przynasadami kości przedramienia, celem oceny wieku kostnego. **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.

Załącznik B.19.

LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z SOMATOTROPINOWĄ NIEDOCZYNNOŚCIĄ PRZYSADKI (ICD-10: E23)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
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. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) nawracające stany hipoglikemii w okresie niemowlęcym i/lub poniemowlęcym (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, u których terapię rozpoczęto w okresie niemowlęcym lub poniemowlęcym i dzieci po terapii chorób rozrostowych); 3) opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle;	**1. Dawkowanie** Somatotropina podawana codziennie, wieczorem, w dawce: 0,1–0,33 mg (0,3–1,0 IU)/kg m.c./tydzień.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) u niemowląt i dzieci w okresie poniemowlęcym z nawracającymi stanami hipoglikemii: a) długość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, b) USG przezciemiączkowe 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;

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); Do programu mogą być także włączone dzieci leczone hormonem wzrostu z innych źródeł, które przy rozpoczęciu terapii spełniały kryteria 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) brak zgody pacjenta na kontynuację leczenia; 4) niezadowalający efekt leczenia hormonem wzrostu, tj. przyrost wysokości ciała poniżej 2 cm/rok; 5) osiągnięcie wieku kostnego: a) powyżej 14 lat przez dziewczynkę, b) powyżej 16 lat przez chłopca.		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 śródręcza 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 okulistyczna, 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. Kryteria czasowego wyłączenia z programu 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.		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), 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); 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. **2.2. Co 180 dni:** 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); 6) Inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. **2.3. Co 365 dni:** 1) RTG śródręcza 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 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.

Załącznik B.20.

LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z CIĘŻKIM PIERWOTNYM NIEDOBOREM IGF-1 (ICD-10 E 34.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
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. **1.Kryteria kwalifikacji** 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	**1. Dawkowanie** Mecaserminum podawane jest w dawce 0,04 - 0,12 mg/kg masy ciała dwa razy na dobę.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) pomiar stężenia $IGFBP_3$; 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 fT_4; 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 śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 12) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI). **2. Monitorowanie leczenia** **2.1 30 dni po rozpoczęciu leczenia** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) pomiar stężenia $IGFBP_3$; 3) pomiar stężenia glukozy we krwi; 4) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii

wzrostu, mutacji genu kodującego syntezę IGF-1 lub promotora tego genu. **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 lub czasowego zaprzestania terapii preparatem rhIGF-1** 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) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała pacjenta leczonego za pomocą rhIGF-1 < 3 cm/rok; 7) osiągnięcie wieku kostnego: a) powyżej 14 lat przez dziewczynkę, b) powyżej 16 lat przez chłopca.		lub 5) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny $HbA_{1c.}$ **2.2 Co 90 dni** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) pomiar stężenia IGFBP3; 3) pomiar stężenia glukozy we krwi. **2.3 Co 180 dni** 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 **2.5 Co 365 dni** 1) konsultacja laryngologiczna z audiogramem; 2) konsultacja kardiologiczna z USG układu sercowo-naczyniowego; 3) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 4) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI) - w zależności od potrzeb. **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, 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 Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.21.

LECZENIE CIĘŻKICH WRODZONYCH HIPERHOMOCYSTEINEMII (ICD-10 E 72.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji pacjentów do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich 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. **1. Kryteria kwalifikacji** 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): 1) wysoki poziom homocysteiny we krwi, tj. > 50 µmol/l, oraz nieprawidłowy poziom metioniny, tj. < 5 lub > 40 µmol/l, po wykluczeniu niedoboru witaminy B_{12} i kwasu foliowego. W przypadku niedoborów witaminy B_{12} lub kwasu foliowego należy dokonać powtórnej oceny poziomu homocysteiny i metioniny po uzupełnieniu niedoborów; 2) w przypadku rozpoznania homocystynurii klasycznej (deficyt CBS) negatywny wynik testu obciążenia witaminą B_6 (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	**1. Dawkowanie** 1.1 Zalecana dawka dobowa betainy bezwodnej u pacjentów dorosłych i dzieci w wieku powyżej 10 lat wynosi 6 g. Preparat podaje się doustnie, dwa razy na dobę, w dawkach podzielonych po 3 g. W ciężkich postaciach deficytu MTHFR może wystąpić konieczność zwiększenia dawki do 9 g betainy na dobę. 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.	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) poziom homocysteiny całkowitej we krwi; 2) poziom metioniny we krwi (aminoacydogram); 3) morfologia krwi; 4) stężenie witaminy B_{12} 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 przebył lansektomii). **2. Monitorowanie leczenia raz na 180 dni:** 1) poziom homocysteiny całkowitej we krwi; 2) poziom metioniny we krwi (aminoacydogram); 3) morfologia krwi; 4) stężenie witaminy B_{12}, kwasu foliowego, witaminy $250HD_3$ we krwi; 5) poziom Ca, PO_4^{3-}, 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 B_6; 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 Ultrarzadkich 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 Ultrarzadkich, 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 Ultrarzadkich 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.

Załącznik B.22.

LECZENIE CHOROBY POMPEGO (ICD-10 E 74.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** Klasyczna postać (wczesna, typ niemowlęcy) oraz nieklasyczna postać (późna, *late-onset*) choroby Pompego, zdiagnozowana na podstawie udokumentowanego deficytu aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach krwi obwodowej lub fibroblastach skóry, potwierdzona badaniem molekularnym. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.	**1. Dawkowanie** Dawka preparatu alglukozydazy alfa wynosi 20 mg/kg masy ciała, podawana raz na dwa tygodnie, w postaci infuzji. Lek należy podawać stopniowo. Zaleca się rozpoczęcie wlewu z szybkością 1 mg/kg m.c./h i stopniowe zwiększanie szybkości podawania leku o 2 mg/kg m.c./h, co 30 minut, do osiągnięcia maksymalnej szybkości 7 mg/kg m.c./h, jeśli nie wystąpią niepożądane reakcje związane z infuzją. Podawanie leku powinno być nadzorowane przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu choroby Pompego lub dziedzicznych zaburzeń metabolizmu. Z uwagi na możliwość występowania objawów niepożądanych, z wstrząsem włącznie, lek należy podawać przy bezpośrednim dostępie do leków, sprzętu i aparatury ratującej życie.	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1. Postać klasyczna choroby** 1) wykazanie braku lub głębokiego niedoboru aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym; 2) ocena miana CRIM (*cross-reactive immunological material*) – 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) układ krzepnięcia (INR, APTT); 5) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT; 6) aktywność CK, CK-MB; 7) gazometria; 8) USG jamy brzusznej z oceaną wątroby; 9) pomiary antropometryczne; 10) ciśnienie tętnicze krwi; 11) EKG; 12) USG serca; 13) RTG klatki piersiowej; 14) konsultacja pulmonologiczna;

3. Kryteria wyłączenia 1) ciąża lub laktacja; 2) obecność poważnych wrodzonych anomalii lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy; 3) 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.		15) konsultacja neurologiczna; 16) konsultacja kardiologiczna. **1.2. Postać nieklasyczna choroby** 1) wykazanie braku lub głębokiego niedoboru aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) układ 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; 10) ciśnienie tętnicze 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); 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** **2.1. Co 180 dni** (okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie świadczeniobiorców z chorobą Pompego. Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii); **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) układ krzepnięcia (INR, APTT); 6) ocena masy i długości ciała; 7) ciśnienie tętnicze krwi; 8) EKG; 9) USG serca; 10) USG jamy brzusznej; 11) RTG klatki piersiowej; 12) konsultacja neurologiczna; 13) konsultacja kardiologiczna;

		14) konsultacja pulmonologiczna. **2.1.2. Postać nieklasyczna choroby** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT; 3) stężenie CK, CK-MB; 4) saturacja krwi; 5) gazometria; 6) badanie spirometryczne (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania); 7) pomiary antropometryczne; 8) ciśnienie tętnicze krwi; 9) EKG; 10) USG serca 11) test 3/6 minutowego marszu (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania); 12) konsultacja neurologiczna (z oceną siły mięśniowej np. za pomocą dynamometru); 13) konsultacja kardiologiczna. **2.2. Co 365 dni** **2.2.1. Postać klasyczna choroby** 1) badanie miana przeciwciał przeciwko alglukozydazie alfa (badanie nieobligatoryjne – zalecane przez Zespół Koordynacyjny). **2.2.2. Postać nieklasyczna choroby** 1) badanie miana przeciwciał przeciwko alglukozydazie 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). **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.

Załącznik B.23

LECZENIE CHOROBY 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**
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich 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. **1. Leczenie choroby Gauchera typu I imiglucerazą albo welaglucerazą alfa albo eliglustatem oraz choroby Gauchera typu III imiglucerazą** **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) Brak lub znaczny niedobór aktywności β-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzony badaniem molekularnym; 2) Pacjenci w wieku ≥18 lat z typem I choroby Gauchera ze słabym (PM), średnim (IM) lub szybkim (EM) metabolizmem z udziałem izoenzymu CYP2D6 - dotyczy terapii eliglustatem; 3) Refundowane jest leczenie świadczeniobiorców z typem I choroby w przypadku terapii imiglucerazą albo welaglucerazą alfa albo eliglustatem oraz z typem III choroby w przypadku terapii imiglucerazą; 4) Nie jest refundowane leczenie świadczeniobiorców z asymptomatyczną (bezobjawową) postacią choroby Gauchera; Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą lub chorzy	**1. Imigluceraza** Dawka imiglucerazy zależy od ciężkości objawów i wynosi 15-60 U/kg m.c. podawanych co 14 ±3 dni w postaci jednogodzinnych wlewów dożylnych. W przypadku braku efektywności zastosowanej dawki po 6 mies. terapii dawkę imiglucerazy można zwiększyć do maksymalnej dawki, t.j. do 60 U/kg m.c. podawanych co 14 ±3 dni. **2. Welaglucerazą alfa** Zalecana dawka leku wynosi 60 jednostek/kg i jest podawana co 14 ± 3 dni. Dawka leku może być zmodyfikowana od 15 do 60 jednostek/kg podawane co 14 ± 3 dni indywidualnie dla każdego pacjenta. Maksymalna dawka leku wynosi 60 jednostek/kg podawana co 14 ± 3 dni. **3. Eliglustat** U pacjentów ze średnim (IM) i szybkim metabolizmem (EM) zalecana dawka eliglustatu to 84 mg dwa razy na dobę. U pacjentów ze słabym metabolizmem (PM) zalecana dawka eliglustatu to 84 mg raz na dobę. W przypadku pominięcia dawki, należy przyjąć	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Stwierdzenie braku lub znacznego niedoboru aktywności enzymu β-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone wynikiem badania molekularnego (nie dotyczy pacjentów wcześniej leczonych); 2) Oznaczenie aktywności cytochromu CYP2D6 (wyłączenie przy kwalifikacji do terapii eliglustatem); 3) Morfologia krwi pełna z rozmazem; 4) Układ krzepnięcia: APTT, INR; 5) Próby wątrobowe: AlAT, AspAT, bilirubina; 6) Aktywność fosfatazy alkalicznej; 7) Stężenia witaminy D, B12, E; 8) Stężenie cholesterolu; 9) Chitotriozydaza; 10) USG jamy brzusznej, z określeniem wielkości wątroby i śledziony; 11) Pomiary antropometryczne (co najmniej masy i wysokości ciała); 12) Badanie densytometryczne kości (DEXA); 13) MRI kości długich (badanie obligatoryjne jedynie u pacjentów z nieprawidłowościami układu kostno-stawowego lub w przypadku pojawienia się dolegliwości bólowych); 14) EKG, w przypadku kwalifikacji do terapii eliglustatem EKG z oceną skorygowanego odstępu QT (QTc);

wyłączeni z programu w związku z czasowymi przeciwwskazaniami.

1.2. Określenie czasu leczenia w programie

Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii.

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

1.3. Kryteria wyłączenia

1) Wystąpienie objawów nadwrażliwości na imiglucerazę albo welaglucerazę alfa albo eliglustat;
2) Znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia;
3) Ciąża albo laktacja - dotyczy terapii eliglustatem;
4) Pacjenci z typem II choroby. Ponadto w przypadku terapii welaglucerazą alfa albo eliglustatem pacjenci z III typem choroby;
5) Dzieci poniżej 2 roku życia (dotyczy terapii welaglucerazą alfa);
6) Brak współpracy pacjenta przy realizacji programu;
7) Stosowanie leków metabolizowanych z udziałem izoenzymu CYP2D6 lub CYP3A w skojarzeniu z określonymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego typami metabolizmu lub określonymi zaburzeniami czynności wątroby, stanowiące przeciwwskazanie do terapii eliglustatem.

2. Kryteria zmiany leczenia imiglucerazy na welaglucerazę alfa oraz welaglucerazy alfa na imiglucerazę

Świadczeniobiorcy aktualnie leczeni w związku z chorobą Gauchera typu I za pomocą enzymatycznej terapii zastępczej z zastosowaniem imiglucerazy albo welaglucerazy alfa mogą przejść na terapię imiglucerazą albo welaglucerazą alfa stosując taką samą dawkę i taką samą częstość dawkowania.

przepisaną 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.

W przypadku zmiany leczenia z enzymatycznej terapii zastępczej (ETZ) podanie pierwszej dawki eliglustatu powinno nastąpić dzień po podaniu ostatniego wlewu dożylnego ETZ.

W przypadku zmiany z eliglustatu na ETZ podanie pierwszego wlewu dożylnego powinno nastąpić niezwłocznie, nie później niż 7 dni po podaniu ostatniej dawki eliglustatu.

15) USG układu sercowo-naczyniowego (w uzasadnionych przypadkach);
16) RTG płuc;
17) Konsultacja neurologiczna (jedynie u świadczeniobiorców z podejrzeniem typu III choroby);
18) Konsultacja kardiologiczna (w uzasadnionych przypadkach);
19) EEG (w uzasadnionych przypadkach);
20) Konsultacja ortopedyczna (w uzasadnionych przypadkach);
21) Spirometria (u pacjentów powyżej 7 roku życia);
22) Pomiary antropometryczne (co najmniej masy i wysokości ciała);
23) Ocena jakości życia SF 36 lub określona inną metodą (poza wynikiem należy podać rodzaj stosowanej metody)

2. Monitorowanie leczenia

2.1. Co 180 dni:

1) Morfologia krwi pełna z rozmazem;
2) Układ krzepnięcia: APTT, INR;
3) Ocena miana przeciwciał przeciwko welaglucerazie alfa (nie jest badaniem obligatoryjnym; decyzja o konieczności wykonania badania podejmowana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich);

Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjenta z chorobą Gauchera.

2.2. Co 365 dni:

1) USG jamy brzusznej, z oceną wielkości (z podaniem wymiarów) wątroby i śledziony;
2) EKG (z oceną skorygowanego odstępu QT (QTc) w przypadku leczenia eliglustatem);
3) RTG płuc;
4) USG układu sercowo-naczyniowego (w przypadku

3. Kryteria zmiany leczenia enzymatyczną terapią zastępczą (ETZ) na eliglustat 1) Nadwrażliwość na ETZ; 2) Inne wskazania kliniczne dla prowadzenia terapii w formie doustnej (np. trudności z dożylną iniekcją ETZ). **4. 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; 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.		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) Chitotriozydaza; 12) Ocena jakości życia SF 36 lub określona inną metodą (poza wynikiem należy podać rodzaj stosowanej metody) (opcjonalnie). **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.

Załącznik B.24.

LECZENIE CHOROBY HURLER (ICD-10 E 76.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich 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. **1. Kryteria kwalifikacji** Brak lub głęboki niedobór aktywności enzymu α-L-iduronidaza w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej Karty Monitorowania Terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) ciąża lub laktacja;	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka laronidazy wynosi 100 j./kg masy ciała, podawana raz w tygodniu, we wlewie dożylnym. 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 Całkowitą objętość leku należy podać w okresie około 3-4 godzin. Podawanie leku powinno być nadzorowane przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu pacjentów z mukopolisacharydozą typu 1 lub innych dziedzicznych zaburzeń metabolizmu. Z uwagi na możliwość występowania objawów niepożądanych, z wstrząsem włącznie, lek należy podawać przy bezpośrednim dostępie do leków, sprzętu i aparatury ratującej życie.	**1. Badania przy kwalifikacji** 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 obligatoryjnym); 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;

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.		22) test 3/6 minutowego marszu; 23) pomiary antropometryczne; 24) badanie spirometryczne układu oddechowego; 25) badanie okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1 Raz na 180 dni** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT; 3) stężenie fosfatazy alkalicznej; 4) test 3/6 minutowego marszu. Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjentów z chorobą Hurler. Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. **2.2 Co 365 dni** 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.

Załącznik B.25.

LECZENIE MUKOPOLISACHARYDOZY TYPU II (ZESPÓŁ HUNTERA) (ICD-10 E 76.1)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.
Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.

1. Kryteria kwalifikacji
a) mukopolisacharydoza typu II zdiagnozowana na podstawie udokumentowanego, znacznego deficytu aktywności enzymu sulfatazy iduronianu w surowicy lub leukocytach krwi obwodowej lub w fibroblastach skóry;
b) wiek chorego powyżej ukończonego 5 roku życia.

2. Określenie czasu leczenia w programie
Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia
1) ciąża lub laktacja;
2) obecność poważnych wrodzonych anomalii rozwojowych lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego</td>
<td>1. Dawkowanie
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.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) morfologia krwi z rozmazem;
2) układ krzepnięcia;
3) proteinogram;
4) gazometria;
5) AspAT, AlAT, CK, bilirubina;
6) cholesterol;
7) witamina D i K;
8) wydalanie mukopolisacharydów z moczem;
9) poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu (badanie nie jest obligatoryjne);
10) parametry życiowe;
11) pomiary antropometryczne;
12) EEG;
13) EKG;
14) echokardiografia;
15) RTG klatki piersiowej;
16) USG jamy brzusznej;
17) MRI OUN z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa;
18) RTG kręgosłupa;
19) diagnostyka zespołu cieśni nadgarstka (EMG);
20) badanie pulmonologiczne (wydolność oddechowa, spirometria);
21) badanie audiometryczne;
22) badanie ortopedyczne, z oceną ruchliwości stawów</td>
</tr>
</table>

ds. Chorób Ultrarzadkich, mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia; 3) znaczna progresja choroby pomimo leczenia.		23) badanie okulistyczne; 24) badanie psychologiczne z określeniem ilorazu inteligencji lub rozwoju psychoruchowego u młodszych dzieci; 25) badanie narządu ruchu oraz funkcji motorycznych; 26) test 3/6 minutowego marszu; 27) test SF36. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1** W pierwszym roku leczenia wykonywanie badań powinno być przeprowadzone co 6 miesięcy 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) układ krzepnięcia; 3) gazometria; 4) CK; 5) AspAT, AlAT, bilirubina; 6) wydalanie mukopolisacharydów z moczem; 7) poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu (badanie nie jest obligatoryjne); 8) ocena parametrów życiowych; 9) pomiary antropometryczne; 10) EKG; 11) echokardiografia; 12) EEG; 13) USG jamy brzusznej; 14) badanie pulmonologiczne (wydolność oddechowa, spirometria); 15) badanie ortopedyczne, z oceną ruchliwości stawów; 16) badanie narządu ruchu oraz funkcji motorycznych; 17) badanie psychologiczne z określeniem ilorazu inteligencji lub rozwoju psychoruchowego u młodszych dzieci; 18) test 3/6 minutowego marszu; 19) test SF36. Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz

		niezaangażowany w leczenie pacjentów z chorobą Hunter. Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. **2.2 Co 365 dni** 1) cholesterol; 2) witaminy D i K; 3) RTG klatki piersiowej; 4) RTG kręgosłupa; 5) MRI OUN wskazane przede wszystkim w przypadku współistniejącego wodogłowia (w zależności od decyzji lekarza); 6) badanie audiometryczne; 7) badanie okulistyczne, z oceną dna oka; 8) diagnostyka zespołu cieśni nadgarstka (EMG). **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.

Załącznik B.27.

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**
1a. Kryteria kwalifikacji do leczenia tobramycyną a) wiek od 6 lat b) udokumentowane przewlekłe zakażenie płuc wywołane przez Pseudomonas aeruginosa, c) oporność na kolistynę lub udokumentowana nietolerancja kolistyny (nietolerancję kolistyny można wykazać poprzez spadek FEV1 lub FVC po rozpoczęciu leczenia kolistyną podawaną wziewnie lub dodatni wynik testu degranulacji bazofilów z kolistyną) Kryteria kwalifikacji leczenia tobramycyną muszą być spełnione łącznie. **1b. Kryteria do kwalifikacji do leczenia lewofloksacyną** a) wiek od 18 lat b) udokumentowane przewlekłe zakażenie płuc wywołane przez Pseudomonas aeruginosa, c) nietolerancja lub brak poprawy lub stabilizacji klinicznej po stosowaniu kolistyny wziewnej d) nietolerancja lub brak poprawy lub stabilizacji klinicznej po stosowaniu tobramycyny wziewnej	**1a. Dawkowanie tobramycyny** 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. Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić 12 godzin. 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). **1b. Dawkowanie lewofloksacyny** Dawkowanie lewofloksacyny odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w obowiązującej Charakterystyce Produktu Leczniczego. Zalecana dawka lewofloksacyny to 240 mg (jedna ampułka), 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.	**1a. Badania przy kwalifikacji do leczenia tobramycyną** 1) stężenie kreatyniny; 2) stężenie mocznika; 3) test degranulacji bazofilów (opcjonalnie); 4) badanie mikrobiologiczne potwierdzające oporność P. aeruginosa na kolistynę oraz potwierdzające wrażliwość drobnoustroju na tobramycynę; 5) RTG klatki piersiowej; 6) badanie spirometryczne przed i po podaniu kolistyny (2 mln j.m.) w celu potwierdzenia nietolerancji leku; 7) audiometria. **1b. Badania przy kwalifikacji do leczenia lewofloksacyną** 1) stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 2) badanie mikrobiologiczne potwierdzające zakażenie dróg oddechowych Pseudomonas aeruginosa; 3) EKG; 4) oznaczenie stężenia glukozy na czczo we krwi. **2a. Monitorowanie leczenia tobramycyną**

Kryteria do kwalifikacji leczenia lewofloksacyną muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie należy kontynuować cyklicznie dopóki świadczeniobiorca odnosi korzyści z włączenia tobramycyny albo lewofloksacyny do schematu leczenia. **3. Kryteria wyłączenia** a) nadwrażliwość na tobramycynę albo lewofloksacynę, inny aminoglikozyd, inne chinolony (dotyczy lewofloksacyny), czy substancję pomocniczą; b) upośledzenie słuchu (z dużą ostrożnością należy rozważyć stosowanie leku u świadczeniobiorcy przyjmującego inne leki ototoksyczne) – dotyczy tobramycyny; c) uszkodzenie nerek (stężenie kreatyniny w surowicy nie mniejsze niż 2mg/dl lub mocznika nie mniejsze niż 40mg/dl); d) krwioplucie nie mniejsze niż 60 cm^3 na dobę w okresie 30 dni przed pierwszym podaniem tobramycyny albo 28 dni przed pierwszym podaniem lewofloksacyny; e) stwierdzenie ropnia płuca w RTG klatki piersiowej; f) choroby ścięgien związane z podawaniem fluorochinolonów w wywiadzie – dotyczy lewofloksacyny; g) choroby tkanki łącznej – dotyczy lewofloksacyny; h) padaczka lub zaburzenia wymagające podawania leków przeciwdrgawkowych – dotyczy lewofloksacyny;		**2.1** Badania przeprowadzane od 8 tygodnia leczenia i powtarzane co 8 tygodni: 1) badanie mikrobiologiczne; 2) badanie spirometryczne. **2.2** Badania przeprowadzane co 48 tygodni leczenia: 1) stężenie kreatyniny; 2) stężenie mocznika; 3) badanie mikrobiologiczne; 4) badanie spirometryczne; 5) badanie słuchu – audiometria. **2b. Monitorowanie leczenia lewofloksacyną** **2.1.** Wizyty kontrolne co 4 miesiące (co 2 cykle terapii). **2.2.** 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): 1) stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 2) oznaczenie stężenia glukozy na czczo we krwi; 3) badanie spirometryczne; 4) EKG. **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

i) zakażenie wirusem HIV lub przewlekłe aktywne zapalenie wątroby wtórne do zapalenia wątroby typu B i/lub C – dotyczy lewofloksacyny; j) czynniki predysponujące do wystąpienia tętniaka i rozwarstwienia aorty (dodatni wywiad rodzinny w kierunku tętniaka, wcześniejsze występowania tętniaka lub rozwarstwienia aorty, zespół Marfana, Zespół Ehlersa-Danlosa typu naczyniowego, zapalenia tętnic Takayasu, olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic, choroba Behçeta, nadciśnienię tętnicze, miażdżyca) – dotyczy lewofloksacyny; k) ciąża lub karmienie piersią (czasowe zawieszenie leczenia w Programie lekowym) – dotyczy lewofloksacyny.		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.

Załącznik B.28.

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**
1. Kryteria kwalifikacji Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej w ramach programu kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,3,4 i 5. 1) Komplet badań diagnostycznych świadczących o przeprowadzeniu diagnostyki różnicowej i dokumentujących rozpoznanie choroby podstawowej: 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, b) w kurczu powiek: w wybranych przypadkach różnicowanie z miastenią (próba nużliwości mięśni), c) w połowicznym kurczu twarzy: badanie TK lub MRI głowy, d) w dystonii krtaniowej (dotyczy tylko produktów Botox i Dysport): TK lub MRI głowy i szyi, w wybranych przypadkach badanie foniatryczne, e) w dystonii twarzy (dotyczy tylko produktów Botox i Dysport): TK lub MRI głowy i szyi, f) w dystoniach zadaniowych: TK lub MRI głowy i szyi, w wybranych przypadkach badanie elektromiograficzne; 2) Wykluczenie miastenii i zespołu miastenicznego na podstawie wywiadu i badania neurologicznego (wykonanie dodatkowych badań jedynie w uzasadnionych przypadkach);	**1. Dawkowanie** **1.1. Botulinum A toxin a 500 j. i Botulinum A toxin a 300 j. (Dysport)** a) Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 1000 j.m.; b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 120 j.m. na 1 oko; c) Połowiczy kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 120 j.m. na 1 oko; d) Dystonia krtaniowa maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.; e) Dystonia twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 400 j.m.; f) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m.. **1.2. Botulinum A toxin a 100 j. (Botox)** a) Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m.;	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Poziom miedzi; 2) Poziom ceruloplazminy; 3) Tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny głowy (w przypadkach wyszczególnionych w punkcie 1 kryteriów kwalifikacji); 4) Badanie foniatryczne – w wybranych przypadkach w leczeniu dystonii krtaniowej; 5) Badanie elektromiograficzne – w wybranych przypadkach w leczeniu dystonii zadaniowych. **2. Monitorowanie leczenia** 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. **3. Monitorowanie programu**

3) Brak objawów uogólnionego zakażenia; 4) Wykluczenie obecności stanu zapalnego w obrębie planowanego miejsca podania; 5) Wykluczenie ciąży na podstawie wywiadu. **2. Określenie czasu leczenia w programie** 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. **3. Kryteria wyłączenia** 1) Brak poprawy klinicznej w ocenie lekarza po co najmniej 3 kolejnych podaniach leku; 2) Nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku; 3) Powstanie oporności na lek; 4) Stwierdzenie miastenii lub zespołu miastenicznego; 5) Objawy uogólnionego zakażenia; 6) Zapalenie okolicy miejsca podania; 7) Ciąża; 8) Przyjmowanie leków hamujących transmisję nerwowo-mięśniową (np. aminoglikozydy).	b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na 1 oko; c) Połowiczy kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na 1 oko; d) Dystonia krtaniowa maksymalna dawka jednorazowa: 20 j.m.; e) Dystonia twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.; f) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.. **1.3. Botulinum A toxin a l00 j. (Xeomin)** a) Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m.; b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na jedno oko; c) Połowiczy kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m.; d) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.; Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego świadczeniobiorcy, maksymalnie 4 razy w okresie roku.	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.

Załącznik B.29.

LECZENIE CHORYCH NA STWARDNIENIE ROZSIANE (ICD-10: G35)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie stwardnienia rozsianego substancjami: 1) **postać rzutowo - remisyjna (RRMS) w I linii leczenia**: interferon beta-1a, interferon beta-1b, peginterferon beta-1a, octan glatirameru, fumaran dimetylu, teryflunomid, ozanimod, ponesimod, ofatumumab, okrelizumab kladrybina; 2) **postać rzutowo - remisyjna (RRMS) w II linii leczenia**: okrelizumab, fingolimod, natalizumab, alemtuzumab, kladrybina; 3) **szybko rozwijająca się, ciężka postać choroby (RES RRMS)**: fingolimod, natalizumab, alemtuzumab, kladrybina; 4) **postać pierwotnie postępująca (PPMS)**: okrelizumab; 5) **postać wtórnie postępująca (SPMS)**: interferon beta-1b, siponimod. **1. Kryteria kwalifikacji** Do leczenia interferonem beta-1a, octanem glatirameru, fumaranem dimetylu, peginterferonem beta-1a, teryflunomidem, ozanimodem, ponesimodem, ofatumumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,4,9,10 albo pacjenci spełniający kryterium 11. Do leczenia fingolimodem, natalizumabem, alemtuzumabem,	**1. Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w programie** Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w leczeniu interferonem beta-1a, interferonem beta-1b, peginterferonem beta-1a, octanem glatirameru, fumaranem dimetylu, teryflunomidem, okrelizumebem, ozanimodem ponesimodem, ofatumumabem fingolimodem, natalizumabem, alemtuzumabem, kladrybiną lub siponimodem należy prowadzić zgodnie z zapisami właściwych aktualnych na dzień wydania decyzji Charakterystyk Produktów Leczniczych.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badania biochemiczne w tym oceniające: a) funkcje nerek, b) funkcje wątroby, c) funkcje tarczycy; 2) badanie ogólne moczu, a w przypadku alemtuzumabu wraz z mikroskopową oceną osadu; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) 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.); 5) dla postaci pierwotnie postępującej (dotyczy okrelizumabu): 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

kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,5,9,10 albo 1,6,9,10 albo pacjenci spełniający kryterium 11. Do leczenia okrelizumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,4,9,10 albo 1,5,9,10 albo 1,7,9,10 albo pacjenci spełniający kryterium 11. Do leczenia kladrybiną kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,3,4,9,10 albo 1,5,9,10 albo 1,6,9,10 albo pacjenci spełniający kryterium 11. Do leczenia interferonem beta-1b kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,4,9,10 albo 1,8,9,10 albo pacjenci spełniający kryterium 11. Do leczenia siponimodem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,8,9,10 albo pacjenci spełniający kryterium 11. 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) w przypadku rozpoznania postaci rzutowo - remisyjnej stwardnienia rozsianego, wystąpienie minimum 2 rzutów klinicznych niezależnie od zmian MRI w okresie 12 miesięcy przed kwalifikacją; 4) stan neurologiczny w skali EDSS od 0 do 4,5 włącznie; 5) pacjenci, u których stwierdzono nieskuteczność leczenia interferonem beta-1a lub interferonem beta-1b lub octanem glatirameru lub fumaranem dimetylu lub peginterferonem beta-1a lub teryflunomidem lub ozanimodem lub ponesimodem lub		miesięcy od jego wykonania to badanie powtarza się tuż przed zastosowaniem pierwszej dawki leku); 6) test ciążowy 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 kladrybiny, siponimodu, ozanimodu, ponesimodu; 13) konsultacja dermatologiczna w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia - dotyczy fingolimodu i siponimodu; 14) wykonanie testu na obecność przeciwciał anty-JCV w celu kwalifikacji do leczenia i stratyfikacji ryzyka PML - dotyczy natalizumabu; 15) badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV, TBC - dotyczy alemtuzumabu, lub kladrybiny;

ofatumumabem lub okrelizumabem w ramach I linii leczenia lub kladrybiną w ramach I linii leczenia 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; 6) szybko rozwijająca się, ciężka postać choroby rozpoznawana kiedy zostaną spełnione oba poniższe parametry (pkt a oraz pkt b): a) co najmniej dwa rzuty wymagające leczenia sterydami powodujące niesprawność, b) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego: – co najmniej jedna nowa zmiana GD (+) lub – co najmniej dwie nowe zmiany w sekwencji T2; 7) rozpoznanie postaci pierwotnie postępującej stwardnienia tj. spełnienie wszystkich poniższych warunków (pkt a, pkt b oraz pkt c): a) wynik w skali EDSS od 3 do 6,5; b) czas trwania od pierwszych objawów postaci pierwotnie postępującej stwardnienia rozsianego: – 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, c) potwierdzona aktywność zapalna w MRI (w stosunku do poprzedniego wykonanego badania MRI.): – przynajmniej 1 ognisko wzmacniające się po Gd lub		16) badania przesiewowe w kierunku HBV (antyHBc Total i HbsAg) oraz w razie potrzeby konsultacja specjalisty ds. chorób zakaźnych - dotyczy okrelizumabu i ofatumumabu; 17) konsultacja specjalisty ds. chorób zakaźnych lub specjalisty chorób płuc - dotyczy alemtuzumabu; 18) RTG płuc, a w razie potrzeby konsultacja specjalisty chorób płuc - dotyczy okrelizumabu; 19) standardowe badania przesiewowe w kierunku raka piersi zgodnie z lokalnymi wytycznymi - dotyczy okrelizumabu; 20) w przypadku kwalifikacji do terapii siponimodem: a) określenie polimorfizmu genu CYP2C9, b) u kobiet w wieku rozrodczym - test ciążowy, który musi być negatywny przed rozpoczęciem leczenia siponimodem; 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. **2. Inicjacja leczenia** W zależności od decyzji lekarza inicjacja terapii okrelizumabem, ozanimodem, ponesimodem, fingolimodem, natalizumabem, alemtuzumabem, kladrybiną, siponimodem może być prowadzona w warunkach krótkotrwałej hospitalizacji bądź w poradni przyszpitalnej. Należy zastosować premedykację i sposób monitorowania pacjenta wskazany w Charakterystyce Produktu Leczniczego. **3. Monitorowanie leczenia** 1) badanie neurologiczne z oceną EDSS co 3 - 6 miesięcy (zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego);

– przynajmniej 1 nowe lub powiększające ognisko T2; 8) 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 ≥ 6.0 odnotowaną w ciągu ostatnich 24 miesięcy; 9) 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, peginterferonem beta-1a, natalizumabem, d) wiek od 18 roku życia w przypadku terapii alemtuzumabem, okrelizumabem, ozanimodem, ofatumumabem, ponesimodem, kladrybiną, siponimodem, 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 bezpieczeństwa i skuteczności stosowania leku w tej grupie wiekowej oraz po uzyskaniu pisemnej, świadomej zgody na jego zastosowanie; 10) brak przeciwwskazań do leczenia wskazanych w		2) postać rzutowo remisyjna - rezonans magnetyczny po każdych 12 miesiącach leczenia (podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego); (dopuszcza się odstąpienie od wykonania badania w przypadku pacjentek będących w ciąży); 3) postać pierwotnie postępująca oraz postać wtórnie postępująca - rezonans magnetyczny po każdych 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 plamki, 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 każdych 12 miesiącach leczenia, 6) monitorowanie leczenia **fingolimodem**: a) badanie morfologii krwi oraz poziomu transaminaz wątrobowych i bilirubiny w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu

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; 11) 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. **2. Zamiana leków** Dokonując zmiany leku należy kierować się zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych.		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 ciążowy 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 fingolimodem, f) konsultacja dermatologiczna po każdych 12 miesiącach leczenia, g) rezonans magnetyczny po każdych 12 miesiącach leczenia - podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego. 7) Monitorowanie leczenia **natalizumabem**: 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 ciążowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza, d) w przypadku podejrzenia PML lub JCV GCN (neuronopatia 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

1) w ramach I linii leczenia rzutowo - remisyjnej postaci SM (RRMS) dopuszcza się możliwość zamiany leków interferon beta-1a, interferon beta-1b, octan glatirameru, fumaran dimetylu, peginterferon beta-1a, teryflunomid, ozanimod, ponesimod, ofatumumab, okrelizumab 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) w ramach I linii leczenia rzutowo - remisyjnej postaci SM (RRMS) dopuszcza się możliwość zamiany leku na kladrybinę w przypadku: a) wystąpienia 2 lub więcej rzutów w poprzednich 12 miesiącach niezależnie od zmian w MRI 3) w ramach I linii leczenia rzutowo - remisyjnej postaci SM (RRMS) dopuszcza się możliwość zamiany leku z kladrybiny na inny lek z I linii leczenia 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		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, g) w przypadku terapii natalizumabem 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 natalizumbem od ponad 2 lat i którzy wcześniej nie otrzymywali leków immunosupresyjnych. Z dostępnych danych wynika, że ryzyko rozwoju PML jest niskie przy wskaźniku ≤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 mikroskopową oceną osadu, co miesiąc (rozszerzenie diagnostyki w przypadku wskazań klinicznych), b) stężenie TSH w surowicy co 3 miesiące (rozszerzenie diagnostyki w przypadku wskazań klinicznych),

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; 4) w ramach II linii leczenia rzutowo - remisyjnej postaci SM (RRMS) dopuszcza się możliwość zamiany leków okrelizumab, fingolimod, natalizumab, alemtuzumab, kladrybina na inny lek z tej grupy w przypadku: a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego albo b) w przypadku nieskuteczności stosowanej terapii opisanej w pkt. 4; 5) w ramach leczenia szybko rozwijającej się, ciężkiej postaci SM (RES RRMS) dopuszcza się zamiany leków fingolimod, natalizumab, alemtuzumab, kladrybina na inny lek z tej grupy w przypadku: a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego albo b) w przypadku nieskuteczności stosowanej terapii opisanej w pkt. 4; 6) w ramach leczenia wtórnie postępującej postaci SM (SPMS) dopuszcza się zamiany leków interferon beta-1b, siponimod na inny lek z tej grupy w przypadku: a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego albo		c) u pacjentek przeprowadzenie raz w roku badania przesiewowego pod kątem zakażenia wirusem HPV, d) badania należy kontynuować do 48 miesięcy po ostatnim kursie leczenia alemtuzumabem, e) przed drugim podaniem alemtuzumabu u kobiet w wieku rozrodczym należy wykonać test ciążowy oraz badania w kierunku HIV, oznaczenie jakościowe w kierunku wiremii HBV i HCV oraz RTG klatki piersiowej. 9) monitorowanie leczenia **okrelizumabem**: a) badanie morfologii krwi - przed każdym podaniem leku, b) badanie ogólne moczu oraz test ciążowy - przed każdym podaniem leku, c) badanie funkcji nerek i wątroby - przed każdym podaniem leku, d) badanie HBsAg - przed każdym podaniem leku; 10) Monitorowanie leczenia **kladrybiną**: 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, b) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS - przed kolejnym kursem leku, c) morfologia krwi z rozmazem, z uwzględnieniem liczby limfocytów - przed kolejnym kursem leku, d) badanie funkcji nerek i wątroby - przed kolejnym kursem leku, e) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym - przed kolejnym

b) w przypadku wzrostu EDSS o 1 punkt w czasie 12 miesięcy leczenia; 7) 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; 8) pacjentom leczonym fingolimodem, natalizumabem, alemtuzumabem, umożliwia się deeskalację terapii na preparaty interferonu beta, peginterferonu beta-1a, octanu glatirameru, fumaranu dimetylu, teriflunomidu, ozanimodu ponesimodu, ofatumumabu z powodu bezpieczeństwa lub jeżeli w opinii lekarza prowadzącego zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta. 9) pacjentom leczonym okrelizumabem lub kladrybiną w ramach II linii leczenia umożliwia się deeskalację terapii na preparaty interferonu beta, peginterferonu beta-1a, octanu glatirameru, fumaranu dimetylu, teriflunomidu, ozanimodu ponesimodu, ofatumumabu z powodu bezpieczeństwa lub jeżeli w opinii lekarza prowadzącego zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta. 10) w przypadku leczenia okrelizumabem w I linii leczenia przy zmianie leczenia na II linię należy wybrać fingolimod lub natalizumab lub alemtuzumab lub kladrybinę. 11) w przypadku leczenia kladrybiną w I linii leczenia przy zmianie leczenia na II linię należy wybrać fingolimod lub natalizumab lub alemtuzumab lub okrelizumab. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) pojawienie się przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystykach Produktów Leczniczych;		kursem leku, f) badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV, TBC - przed kolejnym kursem leku, g) wizyta kontrolna, co 6 miesięcy z oceną stanu klinicznego - w kolejnych latach (do czasu zaistnienia kryteriów nieskuteczności lub wyłączenia), h) MRI - zalecane raz na rok. Badania oceniające skuteczność leczenia i umożliwiające kontynuacje leczenia w programie wykonuje się każdorazowo po 12 miesiącach 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 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.

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 opisanymi 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 przedłużać 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. Maksymalny czas leczenia alemtuzumabem w ramach programu obejmuje podanie 2 początkowych kursów leczenia z dodatkowymi dwoma kursami leczenia, w razie potrzeby. Przy stosowaniu kladrybiny 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 (interferonem beta-1a lub interferonem beta-1b lub octanem glatirameru, fumaranem dimetylu lub peginterferonem beta-1a lub teryflunomidem lub ozanimodem lub ponesimodem lub ofatumumabem lub okrelizumabem lub kladrybiną) 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 (fingolimodem lub natalizumabem, lub alemtuzumabem lub okrelizumabem (w przypadku postaci rzutowo-remisyjnej), lub kladrybiną) 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 każdych 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 (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 osiągana 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.		

Załącznik B.30.

LECZENIE SPASTYCZNOŚCI W MÓZGOWYM PORAŻENIU DZIECIĘCYM (ICD-10 G 80)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Do leczenia toksyną botulinową w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający następujące kryteria: 1) potwierdzone rozpoznanie mózgowego porażenia dziecięcego z towarzyszącą spastycznością ograniczającą funkcjonowanie dziecka lub zagrażającą rozwojem utrwalonych przykurczy mięśniowych i deformacji kostno-stawowych. 2) wiek 2-17 lat. **2. Określenie czasu leczenia w programie:** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów kwalifikacji i kryteriów wyłączenia z programu. **3. Kryteria wyłączenia** 1) nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku; 2) powstanie oporności na leczenie; 3) myastenia gravis; 4) objawy uogólnionego zakażenia; 5) zapalenie okolicy miejsca podania; 6) ciąża.	**1. Dawkowanie Dysportu** Dawka całkowita leku, na jedno podanie 30 j/kg, podzielonych na poszczególne mięśnie zgodnie z wzorcem spastyczności i oceną lekarza. **2. Dawkowanie Botoxu** 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.	**1. Badania przy kwalifikacji** Morfologia krwi z rozmazem. **2. Monitorowanie leczenia** EMG - badanie przeprowadzane zgodnie z harmonogramem dawkowania (w niektórych przypadkach uzasadniony jest wybór miejsca podania toksyny botulinowej przy pomocy badania EMG). **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.

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 niezadowalający 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 dziedziczonym 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 czynna 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
AlAT	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 SZCZEGÓŁOWE		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
A. Leczenie TNP u dorosłych (≥18 lat) **I.A. LECZENIE POCZĄTKOWE (MONOTERAPIA)** **1. Bosentan** **1.1. Kryteria włączenia** 1) II lub III klasa czynnościowa. **1.2. Kryteria wyłączenia** 1) co najmniej jedno z przeciwskazań wymienionych w ChPL. **2. Sildenafil** **2.1. Kryteria włączenia** 1) II lub III klasa czynnościowa lub 2) I klasa czynnościowa, jeżeli do czasu ukończenia 18 roku życia pacjent był skutecznie leczony inhibitorem PDE5 – z wyłączeniem pacjentów z zespołem Eisenmengera. **2.2. Kryteria wyłączenia** 1) nieskuteczność terapii lub powikłania terapii; 2) udar mózgu w ciągu ostatnich 90 dni; 3) zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatnich 90 dni; 4) ciężkie niedociśnienie tętnicze (<90/50 mmHg) jeżeli nie jest objawem niewydolności prawej komory wtórnej do TNP;	**A. Leczenie TNP u dorosłych** **1. Dawkowanie bosentanu** 1.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL. 1.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii. **2. Dawkowanie iloprostu** 2.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL. 2.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii. **3. Dawkowanie treprostinilu** 3.1. Dawka powinna być dostosowywana przez lekarza indywidualnie w zależności od: 1) stanu pacjenta; 2) odpowiedzi na leczenie; 3) tolerancji leczenia. 3.2. Zwiększenie dawkowania powinno wynikać z dążenia do osiągnięcia celów terapeutycznych zalecanych przez towarzystwa naukowe ESC, ERS, AEPC. 3.3. Przykładowe schematy dawkowania przedstawione są w ChPL.	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1. Badania nieinwazyjne:** 1) ocena klasy czynnościowej 2) test 6-minutowego marszu – a) badanie nie dotyczy chorych w IV klasie czynnościowej z klinicznymi objawami zdekompensowanej niewydolności prawej komory b) w przypadku dzieci dotyczy pacjentów, których parametry rozwojowe umożliwiają wykonanie badania; 3) oznaczenie NT-proBNP lub BNP (w zależności od dostępności), 4) badanie echokardiograficzne. **1.2. Badania inwazyjne** 1.2.1. Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną: 1) ciśnienia zaklinowania; 2) naczyniowego oporu płucnego; 3) pojemności minutowej; 4) saturacji mieszanej krwi żylnej i przeprowadzeniem ostrego testu wazoreaktywności w wybranych przypadkach określonych w kryteriach włączenia.

5) konieczność stosowania azotanów, leków przeciwgrzybicznych, leków przeciwwirusowych powodujących interakcje z sildenafilem; 6) retinitis pigmetosa lub utrata wzroku w wyniku nietętniczej przedniej niedokrwiennej neuropatii nerwu wzrokowego (NAION); 7) ciężka niewydolność wątroby (klasa C wg Child-Pugh). **II. LECZENIE II RZUTU** **II.A. MONOTERAPIA** **1. Bosentan albo iloprost albo treprostinil** **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. **1.2. Kryteria wyłączenia** **a) bosentan** Co najmniej jedno z przeciwskazań wymienionych w ChPL, **b) iloprost** 1) ciężka choroba niedokrwienna serca lub niestabilna dławica piersiowa; 2) zawał mięśnia sercowego przebyty w okresie ostatnich 6 miesięcy; 3) niewyrównana niewydolność serca - jeśli nie spowodowana TNP; 4) ciężkie zaburzenia rytmu serca; 5) wrodzone wady zastawkowe z istotnymi klinicznie zaburzeniami czynności mięśnia sercowego niezwiązanymi z nadciśnieniem płucnym;	**4. Dawkowanie sildenafilu** 4.1. Dawka podstawowa: 20 mg 3 razy dziennie. 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. **Sildenafil w postaci zawiesiny doustnej** stosuje się wyłącznie w przypadku nietolerancji lub niemożliwości podania postaci stałej. **5. Dawkowanie epoprostenolu** 5.1. Dawka powinna być dostosowywana przez lekarza indywidualnie w zależności od: 1) stanu pacjenta; 2) odpowiedzi na leczenie; 3) tolerancji leczenia. 5.2. Zwiększenie dawkowania powinno wynikać z dążenia do osiągnięcia celów terapeutycznych zalecanych przez towarzystwa naukowe ESC, ERS, AEPC. 5.3. Przykładowe schematy dawkowania przedstawione są w ChPL. **6. Dawkowanie macytentanu i sildenafilu w terapii skojarzonej** 6.1. Dawka macytentanu: 10 mg raz dziennie;	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. 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. 1.2.3. Wymóg cewnikowania prawego serca przy kwalifikacji nie dotyczy: 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. **2. Monitorowanie leczenia** Ocena postępu leczenia powinna być wykonywana w stanie możliwie 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.

6) stany, w których wpływ iloprostu na płytki krwi może zwiększyć ryzyko krwotoku. **c) treprostinil** 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 przebyty 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. **2. Epoprostenol** **2.1. 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	6.2. Dawka sildenafilu: 20 mg 3 razy dziennie albo 40 mg 3 razy dziennie - u pacjentów, którzy otrzymywali taką dawkę w monoterapii. **7. Dawkowanie riocyguatu** 7.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL. 7.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii. **8. Dawkowanie seleksypagu, sildeanfilu i bosentanu/macytentanu w terapii skojarzonej** 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). Opakowanie zawierajcie 140 tabletek, w każdej 200 µg seleksypagu, może być stosowane wyłącznie w początkowym okresie leczenia (etap miareczkowania i stabilizacji dawki) w ilości nieprzekraczającej 2 opakowań leku dla jednego pacjenta. 8.2. Dawka sildenafilu: zgodnie z ChPL. 8.3. Dawka bosentanu zgodnie z ChPL. 8.4. Dawka macytentan zgodnie z ChPL.	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. 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. **2.1. Badania nieinwazyjne** 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

3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym.

2.2. Kryteria wyłączenia

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.

3. Riocyguat

3.1. Kryteria włączenia

1) II lub III klasa czynnościowa;
2) nieskuteczne lub źle tolerowane leczenie sildenafilem zastosowanym jako leczenie początkowe.

3.2. Kryteria wyłączenia

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.

II.B. TERAPIA SKOJARZONA

1. Macytentan z sildenafilem

9. Substancje czynne stosowane w leczeniu początkowym (sildenafil w monoterapii, bosentan w monoterapii) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.

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.

B. Leczenie TNP u dzieci

1. Leczenie bosentanem

Dawkowanie w monoterapii lub terapii skojarzonej:

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.

podstawowych);

– 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.

2.2. Badania inwazyjne

Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żylnej wykonuje się:

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:
   a) panel badań nieinwazyjnych wskazuje na niezadowalający efekt leczenia zgodnie z obowiązującymi standardami

   lub

1.1. Kryteria włączenia

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.

W przypadku wystąpienia objawów nietolerancji sildenafilu, możliwa jest kontynuacja macytentanu w monoterapii.

1.2. Kryteria wyłączenia

a) sildenafil – określono w punkcie A I.2.2,

b) macytentan

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.

2. Riocyguat z bosentanem

2.1. Kryteria włączenia

1) III klasa czynnościowa;
2) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej.

2. Leczenie sildenafilem

Dawkowanie w monoterapii lub terapii skojarzonej:

1) masa ciała ≤ 20 kg: 10 mg 3 razy dziennie;
2) masa ciała > 20 kg: 20 mg 3 razy dziennie.

3. Leczenie iloprostem, epoprostenolem lub treprostynilem

Dawka powinna być dostosowywana przez lekarza indywidualnie w zależności od:

1) stanu pacjenta;
2) odpowiedzi na leczenie;
3) tolerancji leczenia.

Zwiększenie dawkowania powinno wynikać z dążenia do osiągnięcia celów terapeutycznych zalecanych przez towarzystwa naukowe ESC, ERS, AEPC.

4. Leki stosowane w terapii początkowej (sildenafil w monoterapii, bosentan w monoterapii) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.

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.

b) obraz kliniczny i wyniki badań nieinwazyjnych są niejednoznaczne;
3) co 12 - 36 miesięcy dla oceny dynamiki choroby.

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.

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.

Skuteczność terapii ocenia się na podstawie przebiegu choroby, indywidualnych cech pacjenta oraz kryteriów prognostycznych, zgodnie z obowiązującymi standardami.

Zmiana terapii w obrębie leczenia początkowego oraz zmiana terapii w ramach leczenia II rzutu nie wymaga cewnikowania prawego serca.

W przypadku nietolerancji leczenia II rzutu możliwy jest powrót do terapii początkowej bez dodatkowej kwalifikacji pacjenta.

3. Monitorowanie programu

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 treprostinil 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 przeciwgrzybiczych, przeciwwirusowych, immunosupresyjnych, glibenklamidu, rifampicyny; 4) retinitis pigmetosa 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 PRZEKRACZAJĄCYCH WIEK 18 LAT 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.		

Załącznik B.32.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBĄ LEŚNIOWSKIEGO – CROHNA (ICD-10: K50)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie Do leczenia infliksymabem lub adalimumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2 albo 1,3. Do leczenia wedolizumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1 i 2. Do leczenia ustekinumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2 i 4. 1) Wiek od 6 lat w przypadku terapii infliksymabem lub adalimumabem albo wiek od 18 lat w przypadku terapii ustekinumabem lub wedolizumabem; 2) Ciężka, czynna postać choroby Leśniowskiego-Crohna (wynik w skali PCDAI większy lub równy 51 punktów w przypadku pacjentów od 6 lat do momentu ukończenia 18 roku życia albo wynik w skali CDAI powyżej 300 punktów u dorosłych od momentu ukończenia 18 roku życia) przy braku odpowiedzi na leczenie glikokortykosteroidami, lub lekami immunosupresyjnymi, lub innymi inhibitorami TNF alfa, lub przy występowaniu przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia; 3) Pacjenci z chorobą Leśniowskiego-Crohna cechującą się wytworzeniem przetok okołoodbytowych, którzy nie odpowiedzieli na leczenie podstawowe: antybiotyki, leki immunosupresyjne, leczenie chirurgiczne - niezależnie od nasilenia choroby;	**1. Dawkowanie infliksymabu** Dawkowanie infliksymabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji. **2. Dawkowanie adalimumabu** Dawkowanie adalimumabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji. **3. Dawkowanie ustekinumabu** Dawkowanie ustekinumabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji. **4. Dawkowanie wedolizumabu** Dawkowanie wedolizumabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) Morfologia krwi obwodowej; 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); 14) Obliczenie wartości wskaźnika CDAI u pacjentów powyżej 18 roku życia albo PCDAI u dzieci; 15) Anty HBc total.

4) Udokumentowany brak odpowiedzi na leczenie co najmniej jednym inhibitorem TNF alfa lub występowanie przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia; 5) Do programu kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia infliksymabem, lub adalimumabem, lub wedolizumabem, lub ustekinumabem a ich dotychczasowe leczenie infliksymabem, lub adalimumabem, lub wedolizumabem, lub ustekinumabem było finansowane w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) lub dostępu do terapii ratunkowej pod warunkiem, że: – przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu, – nie zachodzą kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie, – nie zachodzą okoliczności, o których mowa w punkcie dotyczącym zakończenia leczenia gdy kończy się udział pacjenta w programie; Kobiety w wieku rozrodczym muszą wyrazić zgodę na świadomą kontrolę urodzeń w trakcie leczenia oraz – w okresie do 6 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki infliksymabu, lub – w okresie do 5 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki adalimumabu, lub – w okresie do minimum 15 tygodni po zastosowaniu ostatniej dawki ustekinumabu, lub – w okresie przez co najmniej 18 tygodni po zastosowaniu ostatniej dawki wedolizumabu. W trakcie kwalifikacji do programu wszyscy chorzy pediatryczni (dzieci w wieku od 6 lat do momentu ukończenia 18 roku życia) otrzymują Kartę Ostrzeżeń dla pacjenta. Potwierdzenie faktu otrzymania Karty Ostrzeżeń dla pacjenta przechowywane jest w dokumentacji medycznej pacjenta.	Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.	**2. Monitorowanie terapii infliksymabem, lub adalimumabem, lub ustekinumabem, lub wedolizumabem** 1) Po zakończeniu leczenia indukcyjnego świadczeniodawca wykonuje u pacjenta następujące badania: morfologia krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT. Wtedy też należy przeprowadzić ocenę wskaźnika CDAI albo PCDAI (jeśli dotyczy dzieci); 2) W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę CDAI albo PCDAI (jeśli dotyczy dzieci) przy każdej wizycie pacjenta związanej z podaniem kolejnej dawki leku. (W przypadku podania kolejnej dawki leku w domu powyższe badania nie są konieczne). 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 oznaczanie 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.

2. Leczenie podtrzymujące Po podaniu ostatniej dawki w terapii indukcyjnej należy dokonać oceny odpowiedzi na leczenie przy użyciu skali PCDAI albo CDAI. Świadczeniobiorcy 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. **3. Określenie czasu leczenia w programie** W momencie oceny skuteczności terapii indukcyjnej (punkty 1a, 2a, 3a i 4a poniżej) należy zdecydować, czy jest wskazane leczenie podtrzymujące i ewentualnie w tym momencie czasowym je rozpocząć. W przypadku wedolizumabu leczenie indukcyjne obejmuje podanie trzech, a przy braku odpowiedzi czterech dawek leku (0,2,6 ew. 10 tygodni). O potrzebie wizyty w 10 tygodniu w przypadku wedolizumabu decyduje sytuacja kliniczna pacjenta. 1) Infliksymab a) terapia indukcyjna: 6 tygodni; b) leczenie podtrzymujące infliksymabem powinno 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 powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie (w tym również stwierdzenie konieczności wykonania zabiegu chirurgicznego związanego z chorobą). Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI lub PCDAI;		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 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.

3) Ustekinumab a) terapia indukcyjna: 8 tygodni; b) leczenie podtrzymujące ustekinumabem powinno 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: 10 tygodni; b) leczenie podtrzymujące wedolizumabem powinno 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. Kryteria wyłączenia z programu** W przypadku wystąpienia przynajmniej jednego z poniższych kryteriów pacjent zostaje wyłączony z programu. 1) Nadwrażliwość na leki stosowane w programie; 2) Ciężkie zakażenia wirusowe, grzybicze lub bakteryjne; 3) Umiarkowana lub ciężka niewydolność mięśnia sercowego; 4) Niestabilna choroba wieńcowa; 5) Przewlekła niewydolność oddechowa; 6) Ciężka, przewlekła niewydolność nerek; 7) Ciężka, przewlekła niewydolność wątroby; 8) Zespół demielinizacyjny lub objawy przypominające ten zespół; 9) Choroba alkoholowa, poalkoholowe uszkodzenie wątroby lub każdą czynną postępującą chorobę wątroby; 10) Ciąża lub karmienie piersią - możliwość leczenia w przypadkach uzasadnionych aktualną wiedzą medyczną, zgodnie z rekomendacjami ECCO/ PTG-E		

11) Rozpoznanie nowotworów złośliwych w okresie 5 lat poprzedzających moment kwalifikowania do programu (z wyjątkiem raka in situ szyjki macicy i nieczerniakowych nowotworów skóry); 12) Powikłania wymagające zmiany postępowania (np. radykalnego leczenia operacyjnego - chirurgiczne zaopatrzenie przetok, może i powinno się odbywać w miarę wskazań klinicznych w trakcie leczenia biologicznego). **5. Zakończenie leczenia w programie** Zakończenie leczenia powinno nastąpić w przypadku spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów określonych w pkt 1-3. 1) Brak efektów leczenia; 2) Wystąpienie działań niepożądanych leczenia; 3) Wystąpienie powikłań wymagających innego specyficznego leczenia; 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. Dostępne dane nie uzasadniają dalszego leczenia infliksymabem u dzieci i młodzieży, które nie zareagowały w ciągu pierwszych 10 tygodni leczenia oraz dalszego leczenia wedolizumabem u osób, które nie zareagowały w ciągu pierwszych 14 tygodni leczenia. W przypadku braku odpowiedzi lub nietolerancji rozpoczętego leczenia infliksymabem, lub adalimumabem, lub ustekinumabem, lub wedolizumabem, lub wystąpieniu działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuację możliwe jest zastosowanie innego leku dopuszczonego w programie lekowym dedykowanym leczeniu choroby Leśniowskiego-Crohna po spełnieniu kryteriów tego programu, o ile nie został on zastosowany wcześniej - nie ma konieczności powtarzania wszystkich badań kwalifikacyjnych, o zakresie tych badań decyduje sytuacja kliniczna. W przypadku wystąpienia u pacjenta dorosłego (powyżej 18 roku życia) kolejnego zaostrzenia, po zakończeniu leczenia adalimumabem w ramach programu lekowego		

możliwa jest uzasadniona względami medycznymi ponowna kwalifikacja do programu, jednak nie wcześniej niż w okresie 8 tygodni od zakończenia poprzedniej terapii. W przypadku wystąpienia u pacjenta dorosłego (powyżej 18 roku życia) kolejnego zaostrzenia, po zakończeniu leczenia infliksymabem, lub ustekinumabem, lub wedolizumabem w ramach programu lekowego, możliwa jest uzasadniona względami medycznymi ponowna kwalifikacja do programu, jednak nie wcześniej niż w okresie 16 tygodni od zakończenia poprzedniej terapii. **6. Kryteria ponownego włączenia do programu dla populacji pediatrycznej (dzieci w wieku od 6 lat do momentu ukończenia 18 roku życia) w terapii infliksymabem lub adalimumabem.** 1) Pacjent, u którego zaprzestano podawania infliksymabu lub adalimumabu zastosowanego zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania remisji, u którego wystąpiło zaostrzenie, jest włączany do leczenia w ramach programu. Nawrót aktywnej choroby stwierdza się, gdy wskaźnik aktywności PCDAI > 10 punktów; 2) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii infliksymabem lub adalimumabem, jeśli pacjent był w przeszłości leczony nieskutecznie; 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.		

Załącznik B.33.

LECZENIE CHORYCH Z AKTYWNĄ POSTACIĄ REUMATOIDALNEGO ZAPALENIA STAWÓW I MŁODZIEŃCZEGO IDIOPATYCZNEGO ZAPALENIA STAWÓW (ICD-10: M05, M06, M08)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr><th colspan="3">REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW</th></tr>
<tr>
<td>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:
1) adalimumabem,
2) certolizumabem pegol,
3) etanerceptem,
4) golimumabem,
5) infliksymabem,
6) tocilizumabem,
7) rytuksymabem,
8) baricytynibem,
9) tofacytynibem,
10) upadacytynibem,
11) filgotynibem,
12) anakinrą.
<u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u>
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

1. Kryteria kwalifikacji</td>
<td>1. Dawkowanie
1) Inhibitory TNF alfa, tocilizumab, rytuksymab, baricytynib, tofacytynib, upadacytynib, filgotynib i anakinrę 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 dożylnej tocilizumabu na 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</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji do programu
1) czynnik reumatoidalny w surowicy lub aCCP – kiedykolwiek w przeszłości;
2) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;
3) obecność antygenu 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 - morfologia krwi z rozmazem oraz</td>
</tr>
</table>

Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria: 1) Do terapii inhibitorem TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem kwalifikuje się pacjentów z rozpoznaniem RZS oraz do terapii anakinrą kwalifikuje się wyłącznie pacjentów z rozpoznaniem choroby Stilla u dorosłych (AOSD), 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 u pacjentów z chorobą Stilla u dorosłych (AOSD) także po niepowodzeniu terapii glikokortykosteroidami (GKS): 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: – wartość DAS 28 – większa niż 5,1 albo – wartość DAS – większa niż 3,7 albo – wartość SDAI – większa niż 26 lub b) z innymi postaciami RZS, niezależnie od wartości DAS 28, DAS, SDAI, tj.: – z chorobą Stilla u dorosłych (AOSD) lub – z RZS z wtórną amyloidozą	skutecznej klinicznie i tolerowanej przez chorego dawce, chyba, że występują przeciwwskazania do stosowania metotreksatu. W przypadku wystąpienia przeciwwskazań do stosowania metotreksatu adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, tocilizumab, baricytynib, tofacytynib, upadacytynib filgotynib i anakinra mogą być stosowane w monoterapii zgodnie z ChPL z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR. 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.	oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych oraz limfocytów; 10) oznaczenie płytek krwi (PLT); 11) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 12) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 13) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 14) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 15) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 16) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 17) oznaczenie stężenie immunoglobulin G i M w surowicy - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia rytuksymabem; 18) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów – u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem lub tofacytynibem lub baricytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Monitorowanie terapii inhibitorem TNF alfa lub tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem lub anakinrą** – po 3 miesiącach

lub – z RZS z towarzyszącym zapaleniem naczyń, z zastrzeżeniem, że do terapii anakinrą kwalifikuje się wyłącznie pacjentów z chorobą Stilla u dorosłych (AOSD). 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: a) jednym lub dwoma inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytinbem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą 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). 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, 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		(±1 miesiąc) i 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać: 1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów leczonych tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem lub anakinrą - 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 stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów leczonych tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem oraz obliczyć wartość wskaźnika DAS 28 lub DAS lub SDAI, a także dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii z uwzględnieniem objawów układowych u pacjentów z AOSD.

– 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 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); b) rytuksymabem, u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą		Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych 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 stężenie 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. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych

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 tocilizumabem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści. 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: a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą 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).		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. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania

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 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 u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub		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.

– 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, 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 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 Stilla u dorosłych (AOSD), poddani leczeniu co najmniej: a) dwoma inhibitorami TNF alfa oraz rytuksymabem oraz tofacytynibem oraz baricytynibem oraz upadacytynibem oraz filgotynibem 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) W ramach programów lekowych dotyczących leczenia 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. 11) W ramach programu lekowego u pacjentów z chorobą Stilla u dorosłych (AOSD) nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dziesięciu 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. 12) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie. 13) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu. 14) 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. 15) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym. 16) W przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego. 17) Adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL). 18) Nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL. 19) 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 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** 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 ≤ 5,1 albo DAS ≤3,7, albo SDAI ≤ 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 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 ≤ 3,2 albo DAS ≤2,4, albo SDAI ≤ 11. Miernikiem remisji jest wartość DAS 28 ≤ 2,6 albo DAS ≤1,6, albo SDAI ≤ 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 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 Stilla 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		
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) *adalimumabem,* 2) *etanerceptem,* 3) *sekukinumabem,* 4) *tocilizumabem w postaci dożylnej,* 5) *anakinrą.* <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 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 dożylnej) albo od 4 roku życia (do terapii etanerceptem), spełniających kryteria rozpoznania:	**1. Dawkowanie** 1) Adalimumab, etanercept, sekukinumab, tocilizumab w postaci dożylnej i anakinrę 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	**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 dożylnej lub anakinrą - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem

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

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

albo

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.

2) Do terapii sekukinumabem kwalifikuje się pacjentów od 6 roku życia, spełniających kryteria rozpoznania:

a) młodzieńczego łuszczycowego 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 ścięgnistych lub z aktywnym zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych u pacjentów z nietolerancją lub niezadowalającą odpowiedzią na co najmniej jeden niesteroidowy lek metotreksatu.

W przypadku wystąpienia przeciwwskazań do stosowania metotreksatu, należy rozważyć podawanie adalimumabu, etanerceptu, tocilizumabu w postaci dożylnej i anakinry z innym, wymienionym w programie 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 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.

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);
15) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);
16) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem w postaci dożylnej.

2. Monitorowanie leczenia

2.1. W ciągu pierwszych sześciu miesięcy terapii daną substancją czynną, wymienione niżej badania należy wykonać nie rzadziej niż co 3 miesiące (±1 miesiąc):

1) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów leczonych tocilizumabem w postaci dożylnej lub anakinrą - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych;
2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);

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 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. 3) Ponadto do programu kwalifikują się pacjenci od 2 roku życia (do terapii tocilizumabem w postaci dożylnej) 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		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 pacjentów leczonych tocilizumabem w postaci dożylnej oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ACR i stosowanych rutynowo w MIZS. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych 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.

objawy wysokiej aktywności choroby, rozumianej jako wartość 5 lub więcej w 10-punktowej skali, wg oceny lekarza 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 38oC, 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. 4) Do programu kwalifikują się także pacjenci poddani leczeniu MIZS inhibitorem TNF alfa, sekukinumabem albo tocilizumabem w postaci dożylnej 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). 5) Do terapii anakinrą kwalifikują się także pacjenci z MIZS o początku uogólnionym, poddani leczeniu co najmniej: – dwoma inhibitorami TNF alfa oraz tocilizumabem lub		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. **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;

– tocilizumabem, 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). 6) Do programu kwalifikowani są również pacjenci, uprzednio leczeni sekukinumabem, tocilizumabem w postaci dożylnej albo anakinrą 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. 7) 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. 8) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie. 9) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu. 10) 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,		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.

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. 11) 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. 12) W przypadku miesiączkujących dziewcząt wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie. 13) W przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego. 14) Adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL). 15) Nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL. 16) 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 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**		

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, b) ustąpienie objawów układowych po 3 pierwszych miesiącach (±1 miesiąc) terapii – u pacjentów z rozpoznaniem MIZS z dominującymi objawami układowymi. 2) Utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona po kolejnych 3 miesiącach (±1 miesiąc). 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: 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). 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). 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 3a) i 3b) – 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). 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. 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 i/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.		

Załącznik B.35.

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**
1. Kryteria kwalifikacji 1) Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej; 2) do programu kwalifikuje się świadczeniobiorców spełniających wszystkie poniższe kryteria: a) z ustalonym rozpoznaniem ŁZS postawionym na podstawie kryteriów CASPAR, b) z aktywną postacią choroby, c) z niezadowalającą odpowiedzią na stosowane dotychczas leki zgodnie z rekomendacjami EULAR/GRAPPA/ASAS; 3) kryteria klasyfikacyjne CASPAR - co najmniej 3 punkty według systemu punktacji przedstawionego poniżej:	**1. Dawkowanie** **Adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliksymab, iksekizumab sekukinumab, tofacytynib, upadacytynib, ryzankizumab, guselkumab** 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, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii. 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	**1. Badania przy kwalifikacji** 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) płytki krwi (PLT); 4) odczyn Biernackiego (OB); 5) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 6) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 7) stężenie kreatyniny w surowicy; 8) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 11) obecność antygenu HBs; 12) przeciwciała anty-HBc; 13) przeciwciała anty-HCV; 14) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);

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, b) dactylitis obecnie lub dodatni wywiad w kierunku dactylitis potwierdzony przez reumatologa – 1 pkt, c) brak czynnika reumatoidalnego (z wyłączeniem testu lateksowego) – 1 pkt, d) typowa dystrofia paznokci (liza paznokcia, objaw naparstka, bruzdowanie, hiperkeratoza) – 1 pkt, e) zmiany radiologiczne stawów dłoni lub stóp charakterystyczne dla ŁZS (okołostawowe tworzenie nowej kości z wyłączeniem osteofitów) – 1 pkt; 4) aktywna postać choroby: 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: i. wg zmodyfikowanych kryteriów PsARC: – liczba obrzękniętych stawów lub zapalnie zmienionych przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozcięgien podeszwowych) - co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz – liczba tkliwych stawów lub przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozcięgien podeszwowych) - co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz	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.	15) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem; 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 - u pacjentów z postacią osiową. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1.** Monitorowanie terapii – 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 tofacytynibem lub upadacytynibem morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 2) odczyn Biernackiego (OB); 3) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 4) stężenie kreatyniny w surowicy; 5) AspAT i AlAT; 6) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem

– 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; program dopuszcza kwalifikację pacjentów z zajętą mniejszą liczbą stawów lub przyczepów ścięgnistych niż określono w pkt1 ppkt 4; b) w przypadku postaci osiowej ŁZS (postać z dominującym zajęciem stawów osiowych) - pacjenci z zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych		oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR / GRAPPA / ASAS i stosowanych rutynowo w ŁZS. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych 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 programów lekowych. Osobiste stawiennictwo

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 ≥ 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; 5) niezadowalająca odpowiedź na stosowane dotychczas leki definiowana jest 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 ścięgnistych będących podstawą kwalifikacji, dodatkowo po niepowodzeniu leczenia co najmniej dwoma niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi w maksymalnych rekomendowanych lub tolerowanych dawkach przez co najmniej 4 tygodnie każdym lub po niepowodzeniu co najmniej jednego miejscowego podania glikokortykosteroidów;		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.

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; 6) 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; 7) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 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 Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); 10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 11) 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 również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem badań klinicznych, 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 (± 1 miesiąc) terapii zmniejszenie o co najmniej 30% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych oraz zmniejszenie aktywności choroby wg skali Likerta o co najmniej jedną jednostkę, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza, – 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 ścięgnistych oraz aktywności choroby wg skali Likerta, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza, b) wg DAS 28 lub DAS: – po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania uzyskanie co najmniej umiarkowanej aktywności choroby mierzonej wartością wskaźnika DAS 28 ≤ 5,1 albo DAS ≤ 3,7, – po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania uzyskanie co najmniej niskiej aktywności choroby mierzonej wartością wskaźnika DAS 28 ≤ 3,2 albo DAS ≤ 2,4; 2) w przypadku postaci osiowej ŁZS: a) po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI ≥ 50% lub ≥ 2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub ≥ 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. **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 dziewięciu leków, w tym siedmiu 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 uniemożliwiające 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 którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby zgodny z kryteriami włączenia do programu, 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.		

Załącznik B.36.

LECZENIE CHORYCH Z AKTYWNĄ POSTACIĄ ZESZTYWNIAJĄCEGO ZAPALENIA STAWÓW KRĘGOSŁUPA (ZZSK) (ICD-10: M45)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:
1) adalimumabem,
2) certolizumabem pegol,
3) etanerceptem,
4) golimumabem,
5) infliksymabem,
6) sekukinumabem,
7) iksekizumabem,
8) upadacytynibem,
9) tofacytynibem.
<u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u>
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:</td>
<td>1. Dawkowanie
Adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliksymab, sekukinumab, iksekizumab, upadacytynib i tofacytynib należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii.

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</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
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 anty-HBc;
13) przeciwciała anty-HCV;</td>
</tr>
</table>

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 ≥ 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; 5) w przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu	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 antygenu 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** Monitorowanie terapii - 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);

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 przeciwskazanie 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 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		7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i trójglicerydów (lipidogram) u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibemlub tofacytynibem oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ASAS i stosowanych rutynowo w ZZSK. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych 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 programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy

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 ≥ 50% lub ≥ 2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub ≥ 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 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 ZZSK nie jest możliwe zastosowanie więcej niż siedmiu		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.

leków, w tym pięciu 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 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; 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.		

Załącznik B.37.

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**
W ramach programu lekowego chorym na niedokrwistość w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek udostępnia się leczenie: 1) *darbepoetyną alfa;* 2) *epoetyną alfa;* 3) *roksadustatem*; zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** 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: a) poniżej 45 ml/min. - u pacjentów chorujących na cukrzycę; b) poniżej 30 ml/min. - u pozostałych pacjentów. 3) wiek: a) powyżej 1 roku życia – dla terapii *darbepoetyną alfa* i *epoetyną alfa*; b) powyżej 18 roku życia – dla terapii *roksadustatem*.	**1. Dawkowanie** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania i zwiększania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. **1.1. Dawkowanie darbepoetyny alfa** 1) okres uzyskania poprawy: 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: a) pojedyncze wstrzyknięcie raz na tydzień lub raz na 2 tygodnie lub raz w miesiącu (tylko u pacjentów dorosłych).	**1. Badania przy kwalifikacji do programu** 1) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 2) badanie poziomu hematokrytu; 3) badanie wysycenia transferryny żelazem we krwi (TSAT); 4) oznaczenie wskaźnika filtracji kłębuszkowej (GFR); 5) badanie stężenia białka C-reaktywnego we krwi (CRP) – nie dotyczy terapii roksadustatem. **2. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia** 1) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 2) badanie poziomu hematokrytu. Badania wykonuje się co 2 tygodnie po rozpoczęciu terapii oraz w okresie dostosowywania dawki. Po osiągnięciu stabilnego, docelowego stężenia hemoglobiny powyższe badania wykonuje się raz w miesiącu. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i

4) wykluczenie dializoterapii;
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;
6) 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 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 podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

W przypadku braku uzyskania klinicznie istotnego wzrostu stężenia hemoglobiny, nie należy kontynuować leczenia roksadustatem dłużej niż 24 tygodnie od rozpoczęcia terapii.

3. Kryteria wyłączenia

1) konieczność dializoterapii świadczeniobiorcy;
2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;

U pacjentów otrzymujących darbepoetynę raz na 2 tygodnie, po uzyskaniu docelowego stężenia hemoglobiny, lek może być podawany podskórnie raz w miesiącu stosując dawkę początkową równą podwójnej dawce podawanej raz na 2 tygodnie.

1.2. Dawkowanie epoetyny alfa

1) faza wyrównania:
   a) dawka początkowa 50 j.m./kg, 3 razy w tygodniu;
2) faza podtrzymująca:
   a) podanie dożylne – 3 razy w tygodniu,
   b) podanie podskórne – raz w tygodniu lub raz na 2 tygodnie.

Dawka ustalana indywidualnie w zależności od ostatniego pomiaru stężenia hemoglobiny.

Maksymalnie:

a) 150 j.m./kg, 3 razy w tygodniu,
b) 240 j.m./kg (do maks. 20 000 j.m.) raz w tygodniu,
c) 480 j.m./kg (do maks. 40 000 j.m.) raz na 2 tygodnie.

1.3. Dawkowanie roksadustatu

1) dawka początkowa:
   a) 3 razy w tygodniu, w nienastępujące po sobie dni:
      – masa ciała do 100 kg: 70 mg,
      – masa ciała powyżej 100 kg: 100 mg;
2) dawka podtrzymująca:

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).

3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają monitorowanie przebiegu leczenia lub jego dalsze prowadzenie; 5) okres ciąży lub karmienia piersią; 6) wystąpienie ciężkiego, opornego na leczenie nadciśnienia tętniczego; 7) schyłkowa niewydolność nerek; 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.	a) od 20 mg do 100 mg, 3 razy w tygodniu, w nienastępujące po sobie dni, w zależności od ostatniego pomiaru stężenia hemoglobiny.	

Załącznik B.38.

LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z PRZEWLEKŁĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ NEREK (PNN) (ICD-10 N 18)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1.Kryteria kwalifikacji** 1) klirens kreatyniny niższy niż 75 ml/1,73m^2/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 Greulicha i Pyle; 4) wykluczenie innych przyczyn niskorosłości. **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** 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	**1. Dawkowanie** Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,33 mg-0,37 mg (1,0-1,1 IU)/kg masy ciała/tydzień.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) badania densytometryczne; 3) RTG stawów biodrowych. Badania wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością nerek. **2.Monitorowanie leczenia** **2.1 Co 30 dni** w 3 - 4 stadium choroby: 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. **2.2 Co 90 dni** 1) u dzieci z wadami układu moczowo-płciowego, u innych w zależności od potrzeb: a) konsultacja urologiczna, b) USG jamy brzusznej, 2) konsultacja dietetyka; 3) w 2 stadium choroby:

lat oraz chłopców z wiekiem kostnym powyżej 16 lat); 5) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 16 lat przez dziewczynkę i powyżej 18 lat przez chłopca.		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. **2.3 Po 90 dniach** 1) stężenie IGF-1. **2.9 Co 365 dni** 1) stężenie triglicerydów; 2) stężenie całkowitego cholesterolu; 3) stężenie IGF-1; 4) RTG śródręcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 5) w uzasadnionych przypadkach: 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: 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: a) badanie ogólne moczu, b) posiew moczu.

		Badania wykonywane według standardów monitorowania terapii hormonem wzrostu świadczeniobiorców PNN. **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.

Załącznik B.39.

LECZENIE WTÓRNEJ NADCZYNNOŚCI 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**
1. Kryteria kwalifikacji 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 leczenia dializami z powodu schyłkowej niewydolności nerek; 5) wiek od 18 roku życia w przypadku terapii parykalcytolem. Powyższe kryteria kwalifikacji powinny zostać spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.	**1. Dawkowanie cynakalcetu lub parykalcytolu** Dawkowanie leków w programie lekowym odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w odpowiednich Charakterystykach Produktów Leczniczych obowiązujących na dzień wydania decyzji. U niektórych chorych, dawka początkowa cynakalcetu (30 mg/dobę) może zbyt silnie obniżać 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.	**1. Monitorowanie leczenia** 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. **2. 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 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.		

Załącznik B.40.

PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ WIRUSEM RS (ICD-10: P07.2, P07.3, P27.1, P07.0, P07.1, Q20-Q24)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikację do udziału w programie zatwierdza konsultant wojewódzki w dziedzinie neonatologii lub kardiologii dziecięcej w porozumieniu z odpowiednim konsultantem krajowym na podstawie dokumentacji z ośrodka. Program polega na podaniu maksymalnie 5 dawek paliwizumabu (w odstępach miesięcznych) w sezonie zakażeń wirusem RS, trwającym od 1 września do 30 kwietnia. Immunizację paliwizumabem przeprowadza się maksymalnie w dwóch następujących po sobie sezonach immunizacji zgodnie z kryteriami poniżej. **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia paliwizumabem** 1) do programu kwalifikowani są świadczeniobiorcy, którzy: a) w momencie rozpoczęcia immunizacji nie ukończyli pierwszego roku życia i urodzili się w wieku ciążowym ≤ 28 tygodni, b) w momencie rozpoczęcia immunizacji nie ukończyli drugiego roku życia – pacjenci z dysplazją oskrzelowo-płucną, c) w momencie rozpoczęcia immunizacji nie ukończyli drugiego roku życia – pacjenci z hemodynamicznie istotną wada serca z: – jawną niewydolnością serca, utrzymującą się pomimo leczenia farmakologicznego lub – umiarkowanym lub ciężkim wtórnym nadciśnieniem płucnym	**1. Dawkowanie paliwizumabu** Lek podawany jest w dawce 15mg/kg masy ciała raz w miesiącu.	**1. Badania przy kwalifikacji** W przypadku kwalifikacji do leczenia paliwizumabem w oparciu o kryterium: 1) dysplazja oskrzelowo-płucna: kliniczne potwierdzenie dysplazji oskrzelowo-płucnej; 2) hemodynamicznie istotna wada serca: kliniczne potwierdzenie hemodynamicznie istotnej wady serca. **2. Monitorowanie leczenia** 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. Konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii oraz kardiologii dziecięcej nadzorują program korzystając z elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych (SMPT). **3. Monitorowanie programu**

lub – siniczymi wadami serca, z przezskórnym utlenowaniem krwi tętniczej utrzymującej się <90%, d) w momencie rozpoczęcia immunizacji nie ukończyli szóstego miesiąca życia i spełniają kryterium: – wiek ciążowy 29 - 32 tygodni lub – wiek ciążowy ≤ 35 tygodni oraz mała masa urodzeniowa równa lub poniżej 1500 g. 2) 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; 3) 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 jakikolwiek ze składników występujących w preparacie; 2) przebycie reakcji nadwrażliwości na podaż innych przeciwciał;		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 (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.

3) brak zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta.		

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**
Do Programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** 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;	**1. Dawkowanie** Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,18 - 0,47 mg/kg/tydzień (0,54 - 1,4 IU/kg/tydzień).	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) pomiar stężenia IGF-1. Badania laboratoryjne i inne według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z zespołem Prader-Willi. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1 Po 30 dniach** 1) konsultacja laryngologiczna. **2.2 Po 90 dniach** 1) pomiar stężenia IGF-1; 2) konsultacja laryngologiczna, następne w zależności od potrzeb. **2.3 Co 90 dni** 1) konsultacja dietetyka; 2) konsultacja rehabilitanta. **2.4 Co 180 dni** 1) pomiar stężenia glukozy we krwi; 2) pomiar stężenia TSH; 3) pomiar stężenia fT4. 4) jonogram w surowicy krwi. Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjenta z zespołem Prader-Willi. **2.5 Co 365 dni** 1) konsultacja przez ginekologa zajmującego się dziećmi (dotyczy dziewcząt powyżej 10 roku życia, a u

9) brak innych przeciwwskazań do stosowania hormonu wzrostu. **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 któregokolwiek z kryteriów wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 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.		dziewcząt poniżej 10 roku życia - w zależności od potrzeb); 2) u świadczeniobiorców z wadami układu sercowo-naczyniowego: 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 śródręcza 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: 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.

Załącznik B.42.

LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z ZESPOŁEM TURNERA (ZT) (ICD-10 Q 96)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY I SUBSTANCJE CZYNNE STOSOWANE W RAMACH PROGRAMU	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**KWALIFIKACJA I BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** 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. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds.	**1. Dawkowanie** Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,33 - 0,47 mg (1,0-1,4 IU)/kg m.c. /tydzień.	**1. Badania przy kwalifikacji** Przed rozpoczęciem leczenia należy wykonać pomiar stężenia IGF-1. Badania laboratoryjne wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z zespołem Turnera (ZT). **2. Monitorowanie leczenia** **2.1 Po 90 dniach** 1) pomiar stężenia IGF-1. **2.2 Co 180 dni** 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. **2.3 Co 180 dni** 1) pomiar stężenia glukozy we krwi; 2) pomiar stężenia TSH; 3) pomiar stężenia fT_4; 4) jonogram w surowicy krwi. **2.4 Co 365 dni** 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 śródręcza 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.

Załącznik B.44.

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**
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. **1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem** **1.1. Kryteria włączenia do programu** **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 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 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 dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, które stosują je przewlekle; u dzieci w wieku	**1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem** 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. 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. 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. 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.	**1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem** **1.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:** 1) całkowite stężenie IgE (aktualny wynik – ważność badań maksymalnie 4 tygodnie); 2) test *in vitro* (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:

6-11 lat - dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w roku mimo stosowania wziewnych glikokortykosteroidów; 3) całkowite stężenie IgE w surowicy 30-1500 IU/ml; 4) stwierdzenie jednoznacznej reaktywności *in vitro* na alergeny całoroczne u pacjentów z całkowitym stężeniem IgE w surowicy poniżej 76 j.m./ml; 5) 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 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; 6) masa ciała 20-150 kg; 7) niepalenie tytoniu; 8) wykluczenie innych niż reakcja organizmu na całoroczne alergeny wziewne przyczyn powodujących ciężki przebieg astmy. **1.2. Przeciwwskazania** 1) nadwrażliwość na omalizumab lub substancje pomocnicze; 2) występowanie chorób współistniejących powodujących ciężki przebieg astmy; 3) ciąża; 4) karmienie piersią;	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. **2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej** **1) mepolizumabem** Mepolizumab podawany jest w dawce 100 mg podskórnie co 4 tygodnie. 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. 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.	a) stężenie kreatyniny, b) stężenie mocznika, c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP), d) stężenie AIAT, e) stężenie AspAT; 9) 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. **1.2. 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 u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat; 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu.

5) 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;

6) przyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. mepolizumabu, benralizumabu, dupilumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii.

1.3. 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:

– poprawa kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ o ≥ 0,5 punktu (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem),

– poprawa jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ o ≥ 0,5 punktu 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) niestosowanie się do zaleceń lekarskich lub niepoprawne przyjmowanie leków;

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 ≤ 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;

5) 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; 6) wystąpienie któregokolwiek z przeciwskazań do stosowania omalizumabu. **1.4. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący na podstawie kryteriów 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 podawania leku (tj. tej samej substancji czynnej) stosowanego przed zawieszeniem terapii. W przypadku zajścia w ciążę leczenie omalizumabem zostaje zawieszone. 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 omalizumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu. Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii omalizumabem, o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia. **2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej mepolizumabem lub benralizumabem** **2.1. Kryteria włączenia do programu**	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 przewlekle 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,

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 lub ≥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 ≥1,0g (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 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 przewlekle; 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) wykluczenie innych zespołów hypereozynofilii; 5) niepalenie tytoniu;	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.	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 przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej. **2.2. 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);

6) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału; 7) wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc. W celu zapewnienia kontynuacji terapii, do programu włączani są również pacjenci powyżej 18 roku życia, którzy uprzednio byli skutecznie leczeni benralizumabem w ramach innego sposobu finansowania, w tym w badaniach klinicznych, we wskazaniu ciężkiej astmy, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria włączenia do programu. **2.2. Przeciwwskazania** 1) nadwrażliwość na mepolizumab lub benralizumab lub substancje pomocnicze; 2) ciąża; 3) karmienie piersią; 4) 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; 5) przyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. omalizumabu, mepolizumabu, benralizumabu, dupilumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii. **2.3. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie zaostrzeń astmy (zdefiniowanych jak w pkt. 2. 1. 3) 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 <= 30% o ile brak redukcji nie wynika z niewydolności kory nadnerczy;		3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie); 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu. **2.3. 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; 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni. **2.4. 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;

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 (wzrost ACQ o > lub = 0,5 pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia mepolizumabem lub benralizumabem)); 5) brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę (spadek miniAQLQ o > lub = 0,5 pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia mepolizumabem lub benralizumabem)); 6) palenie tytoniu; 7) niestosowanie się do zaleceń lekarskich lub niepoprawne przyjmowanie leków; 8) 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; 9) wystąpienie któregokolwiek z przeciwwskazań do stosowania mepolizumabu lub benralizumabu; 10) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie - zawiesić leczenie mepolizumabem lub benralizumabem do momentu wyleczenia. **2.4. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący na podstawie kryteriów 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		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);

podawania leku (tj. tej samej substancji czynnej) stosowanego przed zawieszeniem terapii. W przypadku zajścia w ciążę leczenie mepolizumabem lub benralizumabem zostaje zawieszone. 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:** **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/µl na wizycie kwalifikacyjnej albo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do udziału w programie lub ≥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 ≥1,0g (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 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego);		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 przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.

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 przewlekle; 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. lub **3.1.2.** pacjenci powyżej 12 roku z ciężką, niekontrolowaną astmą z zapaleniem typu 2 charakteryzującym się liczbą eozynofilii we 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		**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 roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększania ich dawki u chorych, którzy stosują je przewlekle; 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, 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 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. W celu zapewnienia kontynuacji terapii, do programu włączani są również pacjenci, którzy uprzednio byli skutecznie leczeni dupilumabem w ramach innego sposobu finansowania, w tym w badaniach klinicznych, we wskazaniu ciężkiej astmy, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria włączenia do programu. **3.2. Przeciwwskazania**		**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 przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej. **4. Monitorowanie programu**

1) nadwrażliwość na dupilumab lub substancje pomocnicze; 2) ciąża; 3) karmienie piersią; 4) 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; 5) przyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. omalizumabu, mepolizumabu, benralizumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii. **3.3. 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 <= 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 (wzrost ACQ o > lub = 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 (spadek miniAQLQ o > lub = 0,5 pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem)); 6) palenie tytoniu;		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 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.

7) niestosowanie się do zaleceń lekarskich lub niepoprawne przyjmowanie leków; 8) 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; 9) wystąpienie któregokolwiek z przeciwwskazań do stosowania dupilumabu; 10) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie – zawiesić leczenie dupilumabem do momentu wyleczenia. **3.4. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący na podstawie kryteriów 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 zawieszone. 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.		

Załącznik B.47.

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**
1. Kryteria kwalifikacji **1.1.** Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej. **1.2.** Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria: 1) pacjenci w wieku: 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;	**1. Dawkowanie** **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 oraz z uwzględnieniem umożliwienia zmniejszania dawek leków lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii. 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	**1. Badania przy kwalifikacji** 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). **2. Monitorowanie leczenia** **2.1.** Monitorowanie terapii

2) pacjenci z umiarkowaną lub ciężką postacią łuszczycy plackowatej, którzy przestali reagować na leczenie lub mają przeciwwskazania, lub nie tolerują innych metod leczenia ogólnego; 3) pacjenci, u których uzyskano następującą ocenę nasilenia procesu łuszczycowego ze wskaźnikami: a) PASI większym niż 10, oraz b) DLQI (ewentualnie CDLQI) większym niż 10, oraz c) BSA większym niż 10; 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. **1.3.** Do programu kwalifikowani są również pacjenci, uprzednio leczeni poszczególnymi substancjami czynnymi ujętymi w programie lekowym 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. **1.4.** W przypadkach, w których zmiany łuszczycowe 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.	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 łuszczycy plackowatej danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.	Po 2 miesiącach (± 30 dni) i 4 miesiącach (± 30 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać: 1) morfologię krwi; 2) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 3) stężenie kreatyniny w surowicy; 4) AspAT i AlAT; oraz po 4 miesiącach (± 30 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników PASI, DLQI i BSA. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania laboratoryjne oraz ocenę skuteczności klinicznej należy powtarzać co najmniej raz na 6 miesięcy (± 30 dni). Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w SMPT 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

1.5. W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego produktu leczniczego, którym odbywa się leczenie. W przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego. **2. Kryteria stanowiące przeciwskazania do udziału w programie** Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych substancji czynnych ujętych w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji PTD/EADV/EDF/IPC. **3. Adekwatna odpowiedź na leczenie** 1) po 4 miesiącach (± 30 dni) terapii zmniejszenie wartości wskaźnika PASI o co najmniej 75% lub 2) po 4 miesiącach (± 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. **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,		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. **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; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej

lub c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt. 3 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących; 2) w ramach programu lekowego nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dziesięciu 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. **5. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt. 3; 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; 3) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego produktu leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną. **6. Czas leczenia w programie**		lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

W przypadku kwalifikacji do terapii poszczególnymi substancjami czynnymi ujętymi w programie lekowym: 1) kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie; 2) leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu; 3) w przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku. **7. 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 ciąży odstawiono leczenie, a następnie doszło do zaostrzenia choroby (PASI>10) i nie ma u niego przyczyn medycznych będących przeciwwskazaniem do stosowanego leczenia.		

Załącznik B.50.

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**
W programie finansuje się tylko jedną linię leczenia podtrzymującego inhibitorami PARP niskozróżnicowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej substancjami: 1) olaparyb; 2) niraparyb; **W leczeniu nowo zdiagnozowanego** zaawansowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej stosuje się: **1) w monoterapii:** a) olaparyb u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2, albo b) niraparyb u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2 lub z brakiem obecności mutacji w genach BRCA 1/2, u pacjentek z potwierdzonym niedoborem homologicznej rekombinacji (HRD) lub z brakiem potwierdzenia niedoboru homologicznej rekombinacji (HRD); **2) w skojarzeniu:** a) **olaparyb z bewacyzumabem** u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2 lub potwierdzonym niedoborem homologicznej rekombinacji (HRD); **W leczeniu nawrotowego** raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej stosuje się: 1) **w monoterapii:**	Dawkowanie i modyfikacja dawkowania zgodnie z zapisami odpowiednich Charakterystyk Produktu Leczniczego (ChPL) aktualnych na dzień wydania decyzji. **1. olaparyb w monoterapii:** maksymalna całkowita dawka dobowa: 600 mg. **2. niraparyb w monoterapii:** maksymalna całkowita dawka dobowa: 300 mg. Leczenie inhibitorami PARP należy rozpocząć najpóźniej do 12 tygodni od zakończenia leczenia chemioterapią. **3. 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. **olaparyb** - maksymalna całkowita dawka dobowa: 600 mg. Leczenie należy rozpocząć nie wcześniej niż 3 tygodnie i nie później niż 12 tygodni po zakończeniu chemioterapii opartej na związkach platyny w skojarzeniu z bewacyzumabem.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) w celu potwierdzenia uzyskania obiektywnej odpowiedzi (całkowitej lub częściowej) na leczenia 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; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie stężenia CA 125; 8) jeżeli zachodzi konieczność wykluczenia ciąży wykonuje się próbę ciążową; 9) inne badania w razie wskazań klinicznych.

a) olaparyb u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2, 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). **1.1. Kryteria kwalifikacji dla 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 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), lub – FIGO III u chorych po pierwotnym zabiegu cytoredukcyjnym (w przypadku niraparybu), 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 bez mutacji (w przypadku niraparybu), lub – FIGO IV (w przypadku olaparybu albo niraparybu); 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)		**2. Monitorowanie 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) inne badanie w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się co 1 miesiąc. W przypadku niraparybu w pierwszym miesiącu leczenia zaleca się kontrolę morfologii krwi raz na tydzień i w razie konieczności modyfikację dawkowania. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych; 2) oznaczenie stężenia CA125 co 1 miesiąc lub w przypadku podejrzenia progresji choroby nowotworowej; 3) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego wykonuje się: a) w trakcie leczenia olaparybem albo niraparybem nie rzadziej niż co 6 miesięcy w zależności od wskazań klinicznych,

raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej bez względu na chorobę resztkową i/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 kryteriów RECIST 1.1 odpowiedź na chemioterapię pierwszego rzutu opartą o leczenie zawierające pochodne platyny; 5) wiek powyżej 18 roku życia; 6) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: a) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl, b) liczba leukocytów większa lub równa 3,0 x 10^9/l, c) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa 1,5 x 10^9/l, d) liczba płytek krwi większa lub równa 100 x 10^9/l; 7) wskaźniki czynności wątroby i nerek: a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta), b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 2,5-krotnie górnej granicy normy (5-krotnie u chorych z przerzutami do wątroby), c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy; 8) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 9) wykluczenie ciąży. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.		b) 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 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. Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z kryteriami RECIST 1.1. **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 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

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni olaparybem albo olaparybem w skojarzeniu z bewacyzumabem albo niraparybem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do tego programu lekowego. W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia inhibitorami PARP. **1.2. Kryteria kwalifikacji dla 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) obecność patogennej lub prawdopodobnie patogennej mutacji w genie *BRCA1* lub w *BRCA2* (dziedzicznej lub somatycznej); 3) platynowrażliwy nawrotowy rak jajnika (nawrót choroby w okresie nie wcześniej niż 6 miesięcy od zakończenia leczenia pochodnymi platyny); 4) wcześniejsze zastosowanie przynajmniej dwóch linii chemioterapii z udziałem pochodnych platyny; 5) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji ECOG; 6) całkowita lub częściowa wg kryteriów RECIST 1.1 odpowiedź na leczenie po ostatnim schemacie leczenia zawierającym pochodne platyny; 7) wiek powyżej 18 roku życia; 8) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: a) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl, b) liczba leukocytów większa lub równa 3,0 x 10^9/l, c) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa 1,5 x 10^9/l, d) liczba płytek krwi większa lub równa 100 x 10^9/l; 9) wskaźniki czynności wątroby i nerek:		lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta), b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 2,5-krotnie górnej granicy normy (5-krotnie u chorych z przerzutami do wątroby), c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy; 10) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z ChPL; 11) wykluczenie ciąży. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni olaparybem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do tego programu lekowego. W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia inhibitorami PARP. **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 RECIST 1.1) – 24 miesiące, b) w przypadku uzyskania częściowej odpowiedzi na leczenie (PR wg RECIST 1.1.) – 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 kryteriami RECIST 1.1, 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 kryteriami RECIST 1.1, c) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności; 3) leczenie chorych olaparybem na nawrotowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: a) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z kryteriami RECIST 1.1, b) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek (olaparyb albo niraparyb) lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) progresja choroby podstawowej w trakcie leczenia (wg RECIST 1.1); 3) długotrwałe działania niepożądane w stopniu ≥ 3 według klasyfikacji NCI CTC; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia; 5) karmienie piersią podczas leczenia oraz 1 miesiąc po przyjęciu ostatniej dawki leku.		

Załącznik B.52.

LECZENIE PŁASKONABŁONKOWEGO RAKA NARZĄDÓW GŁOWY I SZYI

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi w skojarzeniu z radioterapią w miejscowo zaawansowanej chorobie (ICD-10 C01, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C32.0, C32.1, C32.2, C32.3, C32.8, C32.9) ***1.1. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi przy wykorzystaniu substancji czynnej cetuksymab*** **1.1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) do programu kwalifikowani są dorośli pacjenci z potwierdzeniem histologicznego rozpoznania płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi (lokalizacja – ustna część gardła, krtaniowa część gardła lub krtań) ustalonego na podstawie badania materiału uzyskanego przez biopsję wycinkową ogniska pierwotnego nowotworu lub przerzutowo zmienionych regionalnych węzłów chłonnych; 2) potwierdzenie zaawansowania w stopniach III lub IV (z wyłączeniem stopnia T1N1 i wykluczeniem obecności przerzutów w odległych narządach) ustalone na podstawie badania przedmiotowego i badań obrazowych; 3) wykluczenie stosowania uprzedniego leczenia przyczynowego z wyłączeniem chirurgicznej biopsji wycinkowej;	**1. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi w skojarzeniu z radioterapią w miejscowo zaawansowanej chorobie (ICD-10 C01, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C32.0, C32.1, C32.2, C32.3, C32.8, C32.9)** **1.1. Cetuksymab** 1.1.1. Przed pierwszym i kolejnymi zastosowaniami cetuksymabu konieczna jest premedykacja z udziałem leku przeciwhistaminowego i kortykosteroidu. Lek musi być podawany pod nadzorem lekarza doświadczonego w stosowaniu leków przeciwnowotworowych, a w czasie wlewu oraz przynajmniej przez godzinę po jego zakończeniu konieczne jest ścisłe monitorowanie stanu pacjenta przy jednoczesnym zapewnieniu dostępności sprzętu resuscytacyjnego. 1.1.2. Cetuksymab podawany jest raz w tygodniu.	**1. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi w skojarzeniu z radioterapią w miejscowo zaawansowanej chorobie (ICD-10 C01, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C32.0, C32.1, C32.2, C32.3, C32.8, C32.9)** **1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia cetuksymabem** **1.1.1. Badania laboratoryjne** 1) histologiczne potwierdzenie w oparciu o ocenę materiału pobranego za pomocą biopsji wycinkowej ogniska pierwotnego lub przerzutowo zmiennych węzłów chłonnych; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) stężenie mocznika, kreatyniny, transaminaz (ASPAT, ALAT), bilirubiny, dehydrogenazy mleczajowej (LDH), elektrolitów, wapnia i magnezu w surowicy; 4) próba ciążowa (u kobiet w okresie prokreacyjnym); 5) inne w razie wskazań klinicznych. **1.1.2. Inne badania** 1) TK lub MR twarzoczaszki i szyi; 2) badanie laryngologiczne z fiberoskopią górnych dróg oddechowych krtaniowej części gardła;

4) potwierdzenie możliwości obiektywnej oceny zaawansowania miejscowego i regionalnego na podstawie badania przedmiotowego (w tym – fiberoskopia) oraz badania komputerowej tomografii (TK) lub magnetycznego rezonansu (MR) z wykluczeniem nacieku chrząstki tarczowatej lub kości żuchwy lub skóry;
5) wykluczenie obecności przerzutów odległych przynajmniej na podstawie rentgenografii klatki piersiowej w dwóch projekcjach i ultrasonografii jamy brzusznej;
6) potwierdzenie obecności medycznych przeciwwskazań do jednoczesnej chemioradioterapii z udziałem cisplatyny, w tym:
   a) zaburzenia czynności nerek – (jeden z wymienionych stanów- przewlekła choroba nerek w wywiadzie, stwierdzenie wartości klirensu kreatyniny poniżej 50ml/min. bez związku z przejściowym odwodnieniem lub potwierdzenie w przynajmniej dwóch badaniach podwyższonej wartości stężenia kreatyniny i/lub mocznika bez związku z przejściowym odwodnieniem),
   b) choroby narządu słuchu (w tym niedosłuch potwierdzony badaniem laryngologicznym lub - w przypadku wątpliwości- badaniem audiometrycznym),
   c) polineuropatia potwierdzona badaniem neurologicznym;
7) potwierdzenie sprawności w stopniu 0 lub 1 według klasyfikacji WHO;
8) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią;
9) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych:
   a) po lub w trakcie leczenia o założeniu paliatywnym niezależnie od kategorii uzyskanej odpowiedzi oraz,
   b) po leczeniu o założeniu radykalnym, którym nie uzyskano całkowitej remisji choroby;

1.1.3. Cetuksymab w dawce 400 mg/m^2 podawany jest dożylnie po raz pierwszy 7 dni przed planowanym rozpoczęciem napromieniania (czas trwania pierwszego wlewu – 120 minut).

1.1.4. Kolejne dawki wynoszą 250 mg/m^2 – podania w 1 dniu radioterapii na 1-3 godziny przed frakcją napromieniani i następnie w analogiczny sposób w rytmie co tydzień do zakończenia radioterapii (czas trwania kolejnych wlewów – 60 min.). Alternatywnie dopuszcza się podawanie cetuksymabu dożylnie w dawce 500 mg/m^2, co 2 tygodnie

1.1.5. Łącznie, poza dawką indukcyjną poprzedzającą napromienianie, chorzy otrzymują 6 (radioterapia przyspieszona) lub 7 (radioterapia frakcjonowana konwencjonalnie) podań cetuksymabu.

1.1.6. W trakcie kolejnych wlewów konieczne jest ścisłe monitorowanie stanu chorego w trakcie oraz przez godzinę po zakończeniu podawania leku.

1.2. Planowanie i realizacja radioterapii

1.2.1. Napromienianie prowadzone jest przy użyciu wysoenergetycznych fotonów X indukowanych w przyspieszaczu liniowym.

1.2.2. Radioterapia powinna być zaplanowana w oparciu o trójwymiarową rekonstrukcję badań obrazowych, zgodnie z wytycznymi ICRU odnośnie określania objętości napromienianej

3) rentgenografia klatki piersiowej w dwóch projekcjach;
4) ultrasonografia jamy brzusznej;
5) badanie elektrokardiograficzne (EKG);
6) pomiar ciśnienia tętniczego;
7) inne w zależności od wskazań klinicznych.

1.1.3. Uwagi

TK lub MR w ramach diagnostyki jest badaniem wykonywanym niezależnie od obrazowania w trakcie planowania napromieniania.

1.2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

Badania należy wykonać przed podaniem pierwszej dawki cetuksymabu przed pierwszym napromienianiem oraz:

1.2.1. Badania laboratoryjne

1) morfologia krwi z rozmazem, co tydzień w trakcie radioterapii;
2) stężenie mocznika, kreatyniny, transaminaz (ASPAT, ALAT), bilirubiny, dehydrogenazy mleczanowej (LDH), elektrolitów, wapnia i magnezu w surowicy, co 3 tygodnie;
3) inne w razie wskazań klinicznych.

1.2.2. Inne badania

1) ocena odczynów popromiennych co tydzień od 2 tygodnia radioterapii;
2) badanie skóry pod kątem oceny nasilenia wysypki trądzikopodobnej.

1.3. Monitorowanie skuteczności leczenia

Kliniczna ocena regresji raka płaskonabłonkowego co tydzień w trakcie leczenia, bezpośrednio po jego zakończeniu, a następnie systematycznie w trakcie wizyt kontrolnych.

10) potwierdzenie zachowanej wydolności narządowej określonej na podstawie wyników badań laboratoryjnych:

a) czynności wątroby:

– stężenie bilirubiny całkowitej ≤ 1,5-krotnej wartości górnej granicy normy;

– aktywność transaminaz alaninowej i asparaginowej w surowicy ≤ 5-krotnej wartości górnej granicy normy;

b) morfologii krwi z rozmazem:

– stężenie hemoglobiny ≥ 10,0g/dl;

– poziom leukocytów > 3 000/mm^3;

– poziom neutrofili > 1 500/mm^3;

– poziom płytek krwi > 100 000/mm3.

11) wykluczenie niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.1.2. Określenie czasu leczenia w programie

Całkowity czas trwania leczenia w ramach programu oznacza okres między podaniem pierwszej – wyprzedzającej napromienianie – dawki cetuksymabu i dniem zakończenia radioterapii. Leczenie może być przerwane w momencie podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.

1.1.3. Kryteria wyłączenia z programu

1) wystąpienie nasilonej reakcji infuzyjnej po podaniu cetuksymabu;

2) wystąpienie wysypki trądzikopodobnej o przynajmniej 3 stopniu nasilenia po raz czwarty z kolei lub brak zmniejszenia

(gross tumor volume – GTV, clinical target volume – CTV, planned target volume – PTV).

1.2.3. Konieczne jest stosowanie standardowej radioterapii 3D konformalnej lub napromieniania z modulowaną intensywnością wiązki (IMRT).

1.2.4. Frakcjonowanie dawki radioterapii zależne jest od preferencji ośrodka w następujących wariantach:

– frakcjonowania konwencjonalnego (Df = 2 Gy; 5 razy w tygodniu; TD = 70 Gy);

– frakcjonowania przyspieszonego (metody SIB IMRT, CAIR, concomitant boost, 6 kolejnych dni leczenia tygodniowo);

– hiperfrakcjonowania (DF = 1,1 – 1,2 Gy 2 razy dziennie).

1.2.5. Kontrola jakości napromieniania powinna odbywać się w oparciu o rekomendację ESTRO i zasady obowiązujące w ośrodku prowadzącym leczenie.

2. Leczenie zaawansowanego raka płaskonabłonkowego narządów głowy i szyi z zastosowaniem cetuksymabu w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny (ICD-10 C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C14)

2.1. Cetuksymab

1.3.1. Badania laboratoryjne

1) w razie wskazań klinicznych.

1.3.2. Inne badania

1) badanie przedmiotowe (laryngologiczne);

2) TK lub MR twarzoczaszki i szyi 3-4 miesiące po zakończeniu napromieniania, następnie co 6 miesięcy przez 3 lata;

3) rentgenografia klatki piersiowej w dwóch projekcjach 1 raz w roku;

4) inne badania zgodnie ze wskazaniami klinicznymi.

1.3.3. Uwagi

Wizyty kontrolne: 1 miesiąc po zakończeniu leczenia, następnie co 2 miesiące w pierwszym roku po leczeniu, co 3 miesiące w drugim i trzecim roku po leczeniu, potem co 6 miesięcy.

2. Leczenie zaawansowanego raka płaskonabłonkowego narządów głowy i szyi z zastosowaniem cetuksymabu w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny (ICD-10 C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C14)

2.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia cetuksymabem

2.1.1. Badania laboratoryjne

1) histologiczne potwierdzenie raka płaskonabłonkowego zgodnie z kryteriami włączenia;

2) morfologia krwi z rozmazem;

3) stężenie we krwi: kreatyniny, transaminaz (ASPAT, ALAT), bilirubiny, sodu, potasu, wapnia, magnezu;

4) próba ciążowa (u kobiet w okresie prokreacyjnym);

5) inne w razie wskazań klinicznych.

2.1.2. Inne badania

się nasilenia wysypki do 2 stopnia w okresie przerwy w podawaniu leku; 3) definitywne przerwanie napromieniania z jakichkolwiek przyczyn; 4) wystąpienie nasilonych odczynów popromiennych lub powikłań ogólnoustrojowych skutkujące dłuższą niż 2 tygodnie przerwą w napromienieniu. **2. Leczenie zaawansowanego raka płaskonabłonkowego narządów głowy i szyi z zastosowaniem cetuksymabu w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny (ICD-10 C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C14)** ***2.1. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi przy wykorzystaniu substancji czynnej cetuksymab*** **2.1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) potwierdzenie histologicznego rozpoznania płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi (lokalizacja – jama ustna i ustna część gardła) w stopniu zróżnicowania guza G1-G2; 2) potwierdzenie nawrotu lub przerzutów odległych na podstawie badania przedmiotowego lub badań obrazowych przy jednoczesnym braku możliwości zastosowania miejscowego leczenia ratunkowego (chirurgicznego lub napromieniania); 3) wykluczenie uprzedniego stosowania chemioterapii opartej na pochodnych platyny lub leków anty-EGFR u chorych na zaawansowanego raka płaskonabłonkowego głowy i szyi (nie dotyczy wcześniejszego stosowania wymienionych leków w skojarzeniu z radioterapią u chorych z miejscowo zaawansowanym nowotworem);	2.1.1. Przed pierwszym i kolejnymi zastosowaniami cetuksymabu konieczna jest premedykacja z udziałem leku przeciwhistaminowego i kortykosteroidu; 2.1.2. Początkowa dawka cetuksymabu wynosi 400 mg/m^2 podawana dożylnie (czas trwania pierwszego wlewu – 120 minut); 2.1.3. Kolejne dawki wynoszą 250 mg/m^2 podawane co 7 dni (czas trwania kolejnego wlewu – 60 minut). Alternatywnie dopuszcza się podawanie cetuksymabu dożylnie w dawce 500 mg/m^2, co 2 tygodnie. 2.1.4. W trakcie wlewów konieczne jest ścisłe monitorowanie stanu chorego w trakcie oraz przez godzinę po zakończeniu podawania leku. **2.2. Leczenie podtrzymujące cetuksymabem** 2.2.1. Po zakończeniu podawania chemioterapii leczenie cetuksymabem kontynuuje się: 1) w przypadku schematu EXTREME, w dawce 250 mg/m^2 co tydzień lub 500 mg/m^2 co 2 tygodnie; 2) w przypadku schematu TPEx, w dawce 500 mg/m^2 co 2 tygodnie - do czasu spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów wyłączenia z programu. **2.3. Chemioterapia** 2.3.1. Schemat EXTREME: Cisplatyna w dawce 100 mg/m^2 w dniu 1 kursu lub, w przypadku	1) TK lub MR twarzoczaszki i szyi; 2) RTG klatki piersiowej i USG jamy brzusznej (opcjonalnie TK lub MRI przy braku możliwości określenia wielkości i liczby zmian przerzutowych w klatce piersiowej na podstawie konwencjonalnego badania RTG); 3) inne w zależności od wskazań klinicznych. **2.2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** **2.2.1. Badania laboratoryjne** 1) morfologia krwi z rozmazem – przed każdym cyklem chemioterapii; 2) stężenie kreatyniny, transaminaz (ASPAT, ALAT), bilirubiny, sodu, potasu, wapnia i magnezu w surowicy – przed każdym cyklem chemioterapii; 3) inne w razie wskazań klinicznych. **2.2.2. Inne badania** 1) ocena nasilenia wysypki trądzikopodobnej przed każdym podaniem cetuksymabu. **2.3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) badanie obrazowe KT lub MRI twarzoczaszki i szyi oraz inne w zależności od lokalizacji zmian przerzutowych – nie rzadziej niż co 3 miesiące lub w razie wskazań klinicznych; 2) inne badania zgodnie ze wskazaniami klinicznymi. **3. Pembrolizumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)** **3.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia**

4) brak przeciwwskazań do chemioterapii z udziałem pochodnych platyny i 5FU;

5) potwierdzenie sprawności wg KPS ≥ 80 lub ECOG/WHO 0-1;

6) obecność nowotworowych zmian możliwych do oceny według kryteriów RECIST 1.1.;

7) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią;

8) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku innych nowotworów, w których stosowano leczenie radykalne;

9) potwierdzenie prawidłowej czynności układu krwiotwórczego umożliwiającej leczenie zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego;

10) brak cech klinicznie istotnej niewydolności wątroby:

– stężenie bilirubiny całkowitej ≤ 2-krotnej wartości górnej granicy normy; w przypadku chorych z przerzutami do wątroby – stężenie bilirubiny całkowitej < 5 mg/dl,

– aktywność transaminaz alaninowej i asparaginowej w surowicy ≤ 3-krotnej wartości górnej granicy normy;

11) brak cech klinicznie istotnej niewydolności nerek:

– klirens kreatyniny:

i. dla cisplatyny ≥ 60 ml/min/1,73 m^2,

ii. dla karboplatyny ≥ 40 ml/min/1,73 m^2;

12) wykluczenie współwystępowania niekontrolowanych zakażeń.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

2.1.2. Określenie czasu leczenia w programie

udokumentowanych przeciwskazań do podania cisplatyny, karboplatyna w dawce AUC5, w skojarzeniu z 5FU w dawce 1000 mg/m^2 w dniach 1-4. Chemioterapia jest podawana przynajmniej jedną godzinę po zakończeniu podawania cetuksymabu. Cykle są podawane co 3 tygodnie;

2.3.2. Okres zastosowania chemioterapii – do 6 cykli;

2.3.3. Schemat TPEx: Cisplatyna w dawce 75 mg/m^2 w dniu 1 kursu lub, w przypadku udokumentowanych przeciwskazań do podania cisplatyny, karboplatyna w dawce AUC5, w skojarzeniu z docetakselem w dawce 75 mg/m^2 w dniu 1 kursu. Chemioterapia jest podawana przynajmniej jedną godzinę po zakończeniu podawania cetuksymabu. Cykle są podawane co 3 tygodnie;

2.3.4. Okres zastosowania chemioterapii - do 4 cykli.

2.4. Postępowanie w przypadku wystąpienia działań niepożądanych

2.4.1. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leków należy dostosować do wytycznych zawartych w poszczególnych Charakterystykach Produktu Leczniczego;

2.4.2. W przypadku konieczności przerwania leczenia systemowego przerwa w leczeniu nie może być dłuższa niż 2 miesiące;

1) badanie podmiotowe i przedmiotowe;

2) ocena stanu sprawności w skali ECOG;

3) pomiar masy ciała;

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 ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym;

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;

6) Potwierdzenie obecności ekspresji PDL1 zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych przy użyciu przeciwciała DAKO 22C3 lub przeciwciała Ventana SP263.

3.2. 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.

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

2.1.3. Kryteria wyłączenia z programu

1) istotne, utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia chorego;
2) wystąpienie istotnych objawów niepożądanych lub współistniejących schorzeń uniemożliwiających w opinii lekarza prowadzącego kontynuację leczenia;
3) progresja choroby lub zgon chorego;
4) wycofanie przez chorego zgody na leczenie w ramach programu lekowego;
5) występowanie niekontrolowanych, oportunistycznych zakażeń.

3. Pembrolizumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)

3.1. Leczenie <u>pembrolizumabem</u> dorosłych pacjentów z rozpoznaniem płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi:

a) ***e****kspresja CPS ≥ 1 – pembrolizumab w monoterapii w przypadku wolnej progresji oraz niewielkiego nasilenia dolegliwości i objawów związanych z nowotworem,*

b) *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);*

3.1.1. Kryteria kwalifikacji

2.4.3. W przypadku wystąpienia udokumentowanych, istotnych i utrzymujących się objawów niepożądanych, które uniemożliwiają podawanie chemioterapii (cisplatyna/karboplatyna + 5FU lub cisplatyna/karboplatyna + docetaksel) możliwe jest zakończenie jej przed podaniem 6 (schemat EXTREME) lub 4 (schemat TPEx) cykli z jednoczesną kontynuacją podawania cetuksymabu.

3. Pembrolizumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)

3.1. Pembrolizumab

3.1.1. Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.

4. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)

4.1. Niwolumab

3.3. 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.

4. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)

4.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia niwolumabem

1) badanie przedmiotowe;
2) ocena sprawności w skali ECOG;
3) pomiar masy ciała;
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 ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym;

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 loko regionalnym lub przerzutami odległymi; 2) brak możliwości ratującego leczenia chirurgicznego lub radioterapii; 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 przeciwskazań do stosowania pembrolizumabu zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, b) w przypadku terapii skojarzonej: brak przeciwskazań 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.	4.1.1. Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	5) badanie obrazowe umożliwiające rozpoznanie nawrotu lub przerzutów PRGiSz: TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta. **4.2. 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. **4.3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) badanie przedmiotowe; 2) Badanie laboratoryjne; 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. **5. 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 rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW

3.1.2. 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. **3.1.3. Kryteria wyłączenia z programu** 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 Toxity 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. **4. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)** ***4.1. 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*** **4.1.1. Kryteria kwalifikacji**		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) 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) 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. **4.2. 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. **4.3. 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.		

4.4. 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) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu 3 lub 4 według kryteriów CTC (ang. Common Toxity 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.		

Załącznik B.54.

LECZENIE CHORYCH NA SZPICZAKA PLAZMOCYTOWEGO (ICD-10: C90.0)

Schematy leczenia chorych na szpiczaka plazmocytowego:

DVTd *– daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem, talidomidem i deksametazonem;*

PVd *– pomalidomid w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem;*

DVd *– daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem;*

DRd *– daratumumab w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem;*

Kd *– karfilzomib w skojarzeniu z deksametazonem;*

KRd *– karfilzomib w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem;*

IRd *– iksazomib w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem;*

Pd *– pomalidomid w skojarzeniu z deksametazonem;*

EloPd *– elotuzumab w skojarzeniu z pomalidomidem i deksametazonem;*

IsaPd *– izatuksymab w skojarzeniu z pomalidomidem i deksametazonem.*

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO

ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego chorym na szpiczaka plazmocytowego udostępnia się poniższe terapie, w pierwszej i kolejnych liniach leczenia, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami: 1) pacjentom z nieleczonym uprzednio szpiczakiem plazmocytowym w I linii leczenia: ***DVTd,*** 2) pacjentom z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytowym: ***PVd, DVd, DRd, Kd, KRd, IRd, Pd, EloPd, IsaPd.*** ***Uwaga:*** *terapia indukująca, po której nastąpi przeszczepienie autologicznych komórek macierzystych i terapia konsolidująca/ podtrzymująca są traktowane jako jedna linia leczenia.* **1. Kryteria kwalifikacji**	**1. Dawkowanie leków** **1.1. Dawkowanie w I linii leczenia w schemacie:** **1.1.1. DVTd** Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). Maksymalna liczba cykli: 6 (maksymalnie 4 cykle indukcyjne i maksymalnie 2 cykle konsolidujące) Daratumumab i.v. w dawce 16 mg/kg mc. podawany dożylnie albo Daratumumab s.c. w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnie: 1) w leczeniu indukcyjnym: raz w tygodniu w tygodniach 1-8, co dwa tygodnie w tygodniach 9-16; 2) w leczeniu konsolidującym: co dwa tygodnie w tygodniach 1-8. Bortezomib: zalecana dawka 1,3 mg/m^2 pc. dożylnie lub podskórnie w dniach 1., 4., 8. i 11. każdego cyklu.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 7) oznaczenie klirensu kreatyniny; 8) oznaczenie stężenia białka M w surowicy krwi lub w moczu; 9) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (w przypadku pacjentów z opornym lub nawrotowym

Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3.) dla poszczególnych terapii.

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

1) wiek 18 lat i powyżej;
2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;
3) rozpoznanie szpiczaka plazmocytowego;
4) brak przeciwwskazań do stosowania leków (składowych wybranego schematu leczenia) zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego;
5) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku (będącego składową wybranego schematu leczenia);
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 odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego;
10) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do I linii leczenia w schemacie:

Talidomid: podawany doustnie w dawce 100 mg raz na dobę w każdym dniu każdego cyklu.

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. Deksametazon w dawce 20 mg powinien być podawany w dniach 1., 2., 8., 9., 15., 16. w cyklach 5. i 6.

1.2. Dawkowanie w leczeniu opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytowego w schemacie:

1.2.1. PVd

Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie).

Pomalidomid: zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-14 każdego cyklu.

Bortezomib: zalecana dawka początkowa: 1,3 mg/m^2 pc. raz na dobę, dożylnie lub podskórnie w dniach 1., 4., 8. i 11. każdego cyklu w cyklach 1-8, a następnie w dniach 1. i 8. każdego kolejnego cyklu.

Deksametazon: zalecana dawka: 20 mg (10 mg u chorych >75 lat) doustnie raz na dobę w dniach 1., 2., 4., 5., 8., 9., 11. i 12. w cyklach 1-8, a następnie w dniach 1., 2., 8. i 9. każdego kolejnego cyklu.

1.2.2. DVd

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).

Daratumumab i.v. w dawce 16 mg/kg mc. podawany dożylnie albo Daratumumab s.c. w dawce 1800 mg/podanie podawany szpiczakiem plazmocytowym - badanie kośćca do decyzji lekarza);
10) 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;
11) dodatkowo w przypadku schematu *IRd*, zgodnie z kryteriami kwalifikacji do schematu *IRd* – badania potwierdzające obecność aberracji cytogenetycznych z grupy wysokiego ryzyka;
12) dodatkowo w przypadku schematu *DVTd*, *DVd*, *DRd*, *IsaPd* – pośredni test antyglobulinowy (pośredni test Coombs'a);
13) dodatkowo w przypadku schematu *DVTd*, *DVd*, *DRd* – badanie przesiewowe w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA);
14) dodatkowo w przypadku schematu *Kd*, *KRd:*
    a) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,
    b) elektrokardiografia (EKG),
    c) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca.

Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia (za wyjątkiem wskazanym dla badania w pkt 10) oraz za wyjątkiem badań z pkt 11, które mogą być wykonane wcześniej).

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

Badania wykonywane przed każdym cyklem leczenia:

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;

1.2.1. DVTd

1) brak wcześniejszego leczenia szpiczaka plazmocytowego;
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 neutrofili $\geq 1x10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 30x10^9/l$ (w przypadku małopłytkowości z liczbą płytek krwi $<75x10^9/l$ decyzję o leczeniu należy podjąć na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego).

1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytowego w schemacie:

1.3.1. PVd

1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytowego, w tym schemat zawierający lenalidomid, i w trakcie leczenia nastąpiła progresja choroby;
2) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 1x10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 50x10^9/l$, (możliwe są mniejsze wartości, o ile wynika to z aktywności choroby).

1.3.2. DVd

1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytowego;

podskórnie: raz w tygodniu w tygodniach 1-9, co trzy tygodnie w tygodniach 10-24 oraz od 25 tygodnia leczenia co 4 tygodnie.

Bortezomib: w dawce 1,3 mg/m^2 pc. dożylnie lub podskórnie w dniach 1., 4., 8. i 11. każdego cyklu przez pierwsze 8 cykli.

Deksametazon: 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).

1.2.3. DRd

Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).

Daratumumab i.v. w dawce 16 mg/kg mc. podawany dożylnie albo Daratumumab s.c. w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnie: raz w tygodniu w tygodniach 1-8, co dwa tygodnie w tygodniach 9-24 oraz od 25 tygodnia leczenia co 4 tygodnie.

Lenalidomid: zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu.

U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego.

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.

Deksametazon: zalecana dawka: 40 mg/tydzień (lub w zmniejszonej dawce 20 mg/tydzień u pacjentów w wieku > 75 lat).

3) dodatkowo w przypadku schematu *DVTd*, *DVd*, *DRd*, *IsaPd*:
   a) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi,
   b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
   c) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),
   d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,
   e) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
   f) oznaczenie klirensu kreatyniny;
4) dodatkowo w przypadku schematu *Kd*, *KRd*:
   a) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,
   b) elektrokardiografia (EKG).

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

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.:

1) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi;
2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;

2) nie stwierdzono oporności na leczenie bortezomibem.

1.3.3. DRd

1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytowego;
2) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 0{,}5 \times 10^9$/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).

1.3.4. Kd

1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytowego;
2) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 1{,}0 \times 10^9$/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 ≥40%;
4) brak niewydolności serca w stopniu III i IV wg klasyfikacji NYHA;
5) brak przebytego w ciągu ostatnich 4 miesięcy zawału mięśnia sercowego;
6) brak zdiagnozowanej niekontrolowanej choroby niedokrwiennej serca oraz brak niekontrolowanych farmakologicznie nieprawidłowych zmian przewodzenia impulsów w mięśniu sercowym.

1.3.5. KRd

1.2.4. Kd

Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).

Karfilzomib podawany dożylnie w postaci infuzji trwającej 30 minut w dniach 1., 8. i 15 każdego cyklu w dawce:

- początkowej 20 mg/m^2 pc. (maksymalna dawka wynosi 44 mg) w dniu 1. cyklu 1., a następnie, jeżeli lek jest dobrze tolerowany należy zwiększyć dawkę do:
- 70 mg/m^2 pc. w dniu 8. i 15. cyklu 1., a następnie:
- w dawce 70 mg/m^2 pc. w dniach 1., 8. i 15. każdego kolejnego cyklu.

Dawkowanie karfilzomibu może być przerywane lub zmniejszane w przypadku wystąpienia toksyczności związanej z leczeniem.

Deksametazon: 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. Deksametazon należy podać od 30 minut do 4 godzin przed podaniem karfilzomibu.

1.2.5. KRd

Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).

Karfilzomib podawany dożylnie w postaci infuzji trwającej 10 minut w dawce:

- początkowej 20 mg/m^2 pc. (maksymalna dawka wynosi 44 mg) w dniu 1. i 2. cyklu 1., a następnie, jeżeli lek jest dobrze tolerowany należy zwiększyć dawkę do:
- 27 mg/m^2 pc. (maksymalna dawka wynosi 60 mg) w dniu 8., 9., 15. i 16. cyklu 1., a następnie:

5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
6) oznaczenie klirensu kreatyniny;
7) oznaczenie stężenia białka M w surowicy krwi lub w moczu;
8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza).

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.

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) rygorystyczna całkowita odpowiedź (sCR),
   b) całkowita odpowiedź (CR),
   c) bardzo dobra częściowa odpowiedź (VGPR),
   d) częściowa odpowiedź (PR),
   e) choroba stabilna (SD),

1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytowego; 2) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 0{,}5 \times 10^9$/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 lenalidomidu); 3) brak niewydolności serca w stopniu III i IV wg klasyfikacji NYHA; 4) brak przebytego w ciągu ostatnich 4 miesięcy zawału mięśnia sercowego; 5) brak zdiagnozowanej niekontrolowanej choroby niedokrwiennej serca oraz brak niekontrolowanych farmakologicznie nieprawidłowych zmian przewodzenia impulsów w mięśniu sercowym. **1.3.6. IRd** 1) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia szpiczaka plazmocytowego; 2) obecność aberracji cytogenetycznych z grupy wysokiego ryzyka, tj.: delecji w chromosomie 17 – del(17p), lub translokacji t(4;14), lub translokacji t(14;16); 3) brak oporności na leczenie lenalidomidem; 4) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 1{,}0 \times 10^9$/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.	– w dawce 27 mg/m^2 pc. (maksymalna dawka wynosi 60 mg) w dniach 1., 2., 8., 9., 15. i 16. w cyklach 2-12, a następnie: – w dawce 27 mg/m^2 pc. (maksymalna dawka wynosi 60 mg) w dniach 1., 2., 15. i 16. w cyklach 13-18. Pacjenci, u których pc. jest większa niż 2,2 m^2 powinni otrzymywać dawkę karfilzomibu obliczoną dla pc. wynoszącej 2,2 m^2, a zmiany masy ciała nie większe niż 20% nie wymagają modyfikacji dawki. Przed podaniem karfilzomibu 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 karfilzomibu w bolusie ani mieszać i podawać we wlewie dożylnym z innymi produktami. Dawka 20/27 mg/ m^2 pc. jest podawana przez 10 minut. <u>Lenalidomid:</u> zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu. U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego. 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. <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. Deksametazon należy podać od 30 minut do 4 godzin przed podaniem karfilzomibu. **1.2.6. IRd**	f) brak odpowiedzi (NR), g) progresja choroby (PD), h) przeżycie bez progresji choroby (PFS), i) 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.

1.3.7. Pd 1) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia szpiczaka plazmocytowego, w tym zawierające lenalidomid i inhibitor proteasomu; 2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby; 3) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 1x10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 50x10^9/l$ (możliwe są mniejsze wartości, o ile wynika to z aktywności choroby). **1.3.8. EloPd** 1) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia szpiczaka plazmocytowego, w tym zawierające lenalidomid i inhibitor proteasomu; 2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby; 3) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 1x10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 50x10^9/l$ (możliwe są mniejsze wartości dla cytopenii wynikających z choroby podstawowej). **1.3.9. IsaPd** 1) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia szpiczaka plazmocytowego, w tym zawierające lenalidomid i inhibitor proteasomu; 2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby; 3) brak oporności na leczenie pomalidomidem; 4) bezpośrednio przed pierwszym podaniem izatuksymabu szacunkowy wskaźnik przesączania kłębuszkowego (eGFR) <60 ml/min/1,73 m2 pow. ciała;	Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). Iksazomib: zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie w dniach 1., 8. i 15. każdego cyklu. Lenalidomid: zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu. U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego. 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. Deksametazon: zalecana dawka: 40 mg w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu. **1.2.7. Pd** Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). Pomalidomid: zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu. Liczba dni podawania pomalidomidu 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. Deksametazon: zalecana dawka: 40 mg (20 mg u chorych >75 lat) doustnie raz na dobę w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu. **1.2.8. EloPd** Każdy cykl trwa 28dni (4 tygodnie).	

5) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 1x10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 50x10^9/l$ (możliwe są mniejsze wartości dla cytopenii wynikających z choroby podstawowej). 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;	<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. <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 elotuzumabu, gdy podawane są w tym samym dniu. Liczba dni podawania pomalidomidu 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. <u>Deksametazon w dniach, w których podawany jest elotuzumab:</u> – u pacjentów w wieku ≤ 75 lat: zalecana dawka deksametazonu: 28 mg doustnie od 3 do 24 godzin przed podaniem wlewu elotuzumabu oraz dawka 8 mg dożylnie, od 45 do 90 minut przed podaniem wlewu elotuzumabu, – u pacjentów w wieku >75 lat: zalecana dawka deksametazonu to 8 mg doustnie od 3 do 24 godzin przed podaniem wlewu elotuzumabu oraz dawka 8 mg dożylnie, od 45 do 90 minut przed podaniem wlewu elotuzumabu. <u>Deksametazon w dniach, w których nie jest podawany elotuzumab</u>, a w których zaplanowane jest podanie dawki deksametazonu, tj. w dniach 8., 15. i 22. każdego cyklu od 3. cyklu: – u pacjentów w wieku ≤ 75 lat: w dawce 40 mg doustnie, – u pacjentów w wieku > 75 lat: w dawce 20 mg doustnie. **1.2.9. *IsaPd*** Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).	

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; 8) powikłania okołoinfuzyjne uniemożliwiające kontynuację leczenia zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego – dotyczy schematów zawierających leki podawane dożylnie.	<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. <u>Pomalidomid:</u> zalecana dawka: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu. Liczba dni podawania pomalidomidu 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. <u>Deksametazon:</u> 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. **2. Modyfikacja dawkowania, dodatkowe informacje** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. Zaleca się profilaktykę żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami. W przypadku leczenia daratumumabem lub inhibitorami proteasomu, przed rozpoczęciem terapii zaleca się profilaktykę przeciwwirusową zapobiegającą reaktywacji wirusa HSV/VZV. <u>Leki podawane w infuzji:</u> Przed i po infuzji należy podać leki zmniejszające ryzyko wystąpienia reakcji okołoinfuzyjnych zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	

	Zmiany szybkości infuzji powinny być prowadzone zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego W przypadku trwałego zakończenia podawania dowolnego produktu leczniczego wchodzącego w skład schematu leczenia, dalsze podawanie pozostałych produktów leczniczych zależy od decyzji lekarza.	

Załącznik B.55.

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**
1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie Do leczenia infliksymabem lub wedolizumabem lub tofacytynibem lub ustekinumabem lub filgotynibem lub ozanimodem mogą zostać włączeni pacjenci spełniający łącznie kryteria wskazane w punktach 1 i 2. 1) wiek od 6 roku życia w przypadku infliksymabu albo wiek od 18 roku życia w przypadku wedolizumabu lub tofacytynibu lub ustekinumabu lub filgotynibem lub ozanimodu; 2) pacjenci z rozpoznaną ciężką lub umiarkowaną postacią wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (ocena > 6 punktów w skali Mayo u osób w wieku ≥ 18 r.ż. albo ocena ≥65 punktów w skali PUCAI u osób w wieku < 18 r.ż.): a) z niedostateczną odpowiedzią na standardowe leczenie, w tym na leczenie kortykosteroidami i 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA) lub b) nietolerujący leczenia kortykosteroidami i 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA), lub c) mający przeciwwskazania do leczenia kortykosteroidami i 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA), lub	**1. Dawkowanie infliksymabu** Dawkowanie infliksymabu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji. **2. Dawkowanie wedolizumabu** Dawkowanie wedolizumabu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji. **3. Dawkowanie tofacytynibu** Dawkowanie tofacytynibu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji. **4. Dawkowanie ustekinumabu** Dawkowanie ustekinumabu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem, filgotynibem oraz ozanimodem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów; 2) aminotransferaza alaninowa; 3) aminotransferaza asparaginianowa; 4) kreatynina; 5) białko C-reaktywne; 6) badanie ogólne moczu; 7) test Quantiferon; 8) antygen HBS oraz przeciwciała anty-HBcAg; 9) przeciwciała ANTY HCV; 10) badanie w kierunku 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; 14) badanie endoskopowe; 15) posiew kału w kierunku bakterii i grzybów;

d) z utratą odpowiedzi na standardowe leczenie, w tym na leczenie kortykosteroidami i 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA). 3) do programu kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia infliksymabem lub wedolizumabem lub tofacytynibem lub ustekinumabem lub filgotynibem lub ozanimodem, a ich dotychczasowe leczenie infliksymabem lub wedolizumabem lub tofacytynibem lub ustekinumabem lub filgotynibem lub ozanimodem było finansowane w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) pod warunkiem, że: a) przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu, b) nie zachodzą kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie, c) nie zachodzą okoliczności, o których mowa w punkcie dotyczącym zakończenia leczenia, gdy kończy się udział pacjenta w programie. 4) dopuszcza się zamianę leków infliksymab albo wedolizumab albo tofacytynib albo ustekinumab albo filgotynib albo ozanimod w przypadku wystąpienia objawów niepożądanych lub częściowej nieskuteczności terapii definiowanej jako wystąpienie jednego z kryteriów wymienionych w punkcie 4. poniżej- nie ma konieczności powtarzania wszystkich badań kwalifikacyjnych, o zakresie tych badań decyduje sytuacja kliniczna. Nieskuteczność leczenia standardowego ciężkiego rzutu WZJG określa się jako niepowodzenie zastosowania 3-5 dni terapii steroidami dożylnymi.	Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji. **5. Dawkowanie filgotynibu** Dawkowanie filgotynibu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji. **6. Dawkowanie ozanimodu** Dawkowanie ozanimodu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.	16) badanie kału na toksynę Clostridioides Difficile; 17) lipidogram (całkowity cholesterol, HDL i LDL) oraz trójglicerydy przed rozpoczęciem leczenia tofacytynibem; 18) anty HBc total; 19) kalprotektyna. **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. **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;

Steroidooporność oznacza brak poprawy klinicznej pomimo zastosowania przez 4 tygodnie steroidu w dawce dobowej do 0,75 mg/kg m.c. w przeliczeniu na prednizolon. Steroidozależność to brak możliwości redukcji dawki steroidów poniżej 10 mg/dobę w przeliczeniu na prednizolon w ciągu 3 miesięcy od rozpoczęcia steroidoterapii lub nawrót dolegliwości w ciągu 3 miesięcy od odstawienia steroidów. Oporność na leczenie immunosupresyjne (brak dostatecznej odpowiedzi) oznacza brak remisji lub nawrót dolegliwości pomimo stosowania leczenia immunosupresyjnego przez co najmniej 3 miesiące w odpowiednich dawkach (azatiopryna 2-2,5 mg/kg m.c./dobę lub 6-merkaptopuryna w dawce 1-1,5 mg/kg m.c./dobę). Kobiety w wieku rozrodczym muszą wyrazić zgodę na świadomą kontrolę urodzeń w trakcie leczenia oraz w okresie: – do 6 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki infliksymabu lub – co najmniej 18 tygodni po zastosowaniu ostatniej dawki wedolizumabu, lub – co najmniej 4 tygodni po podaniu ostatniej dawki tofacytynibu, lub – co najmniej 15 tygodni po zastosowaniu ostatniej dawki ustekinumabu, lub – co najmniej 1 tygodnia po zastosowaniu ostatniej dawki filgotynibu, lub – co najmniej 3 miesięcy po podaniu ostatniej dawki ozanimodu.		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. **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 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 (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, lipidogramu, stężenie kreatyniny w surowicy w 8 tygodniu. W przypadku wykrycia hiperlipidemii dalsze postepowanie zgodnie z wytycznymi klinicznymi dotyczącymi hiperlipidemii. Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania laboratoryjne z wyłączeniem lipidogramu oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać po każdych kolejnych 12 tygodniach (± 2 tyg.).

2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze; 2) ciężkie zakażenia wirusowe, grzybicze lub bakteryjne; 3) umiarkowana lub ciężka niewydolność mięśnia sercowego; 4) niestabilna choroba wieńcowa; 5) przewlekła niewydolność oddechowa; 6) ciężka, przewlekła niewydolność nerek; 7) ciężka, przewlekła niewydolność wątroby; 8) zespół demielinizacyjny lub objawy przypominające ten zespół; 9) choroba alkoholowa, poalkoholowe uszkodzenie wątroby; 10) ciąża lub karmienie piersią- możliwość leczenia w przypadkach uzasadnionych aktualną wiedzą medyczną, zgodnie z rekomendacjami ECCO/PTG-e; 11) rozpoznanie nowotworów złośliwych, również w okresie 5 lat poprzedzających moment kwalifikowania do programu (poza rakiem in situ szyjki macicy, nieczerniakowymi nowotworami skóry); 12) powikłania wymagające innego postępowania (np. leczenia operacyjnego). 13) stężenie hemoglobiny poniżej 9 g/dl – dotyczy stosowania tofacytynibu. **3. Określenie czasu leczenia w programie** Podczas oceny skuteczności terapii indukcyjnej należy zdecydować, czy jest wskazane leczenie podtrzymujące i ewentualnie je rozpocząć.		**2.4. Monitorowanie leczenia ustekinumabem** W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać w 8 tygodniu od podania pierwszej dawki leku 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. **2.5. Monitorowanie leczenia filgotynibem** 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 10 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo; 3) oznaczenie stężenia hemoglobiny, bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych (neutrofili) 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, lipidogramu, stężenie kreatyniny w surowicy w 10 tygodniu.

1) infliksymab a) terapia indukcyjna: 6 tygodni, 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, 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, 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 a) terapia indukcyjna: 8 tygodni (terapia indukcyjna w formie infuzji dożylnej), 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;		W przypadku wykrycia hiperlipidemii dalsze postepowanie zgodnie z wytycznymi klinicznymi dotyczącymi hiperlipidemii. Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania laboratoryjne z wyłączeniem lipidogramu oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać po każdych kolejnych 12 tygodniach leczenia. **2.6. Monitorowanie leczenia ozanimodem** W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania: 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; 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 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. Optymalizacja leczenia** W celu optymalizacji leczenia oraz oceny ryzyka wtórnej utraty skuteczności leczenia infliksymabem, wedolizumabem, lub ustekinumabem, można wykonać oznaczenie poziomu leku przed

5) filgotynib a) terapia indukcyjna: 10 tygodni, z możliwością wydłużenia o dodatkowe 12 tygodni w przypadku niedostatecznej odpowiedzi na leczenie w trakcie pierwszych 10 tygodni leczenia, 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; 6) ozanimod a) terapia indukcyjna: 10 tygodni, 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. Odpowiedź definiowana jest jako zmniejszenie aktywności choroby o co najmniej 3 punkty w skali Mayo albo o co najmniej 20 punktów w skali PUCAI. **4. Zakończenie leczenia w programie** Zakończenie leczenia powinno nastąpić w przypadku spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów określonych w pkt 1-2. 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 poważnych działań niepożądanych leczenia.		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. **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.

Załącznik B.56.

LECZENIE CHORYCH NA RAKA GRUCZOŁU KROKOWEGO (ICD-10: C61)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się tylko jedną linię hormonoterapii lekiem nowej generacji, jedną linię chemioterapii, jedną linię terapii inhibitorem PARP i jedną linię terapii izotopem z wykorzystaniem substancji: 1) apalutamid; 2) darolutamid; 3) enzalutamid; 4) kabazytaksel; 5) olaparyb; 6) dichlorek radu Ra-223; W leczeniu **wrażliwego na kastrację** raka gruczołu krokowego **z przerzutami** (mHSPC) stosowany jest **apalutamid**. W leczeniu **opornego na kastrację** raka gruczołu krokowego **bez przerzutów** (nmCRPC) stosowany jest **apalutamid** albo **darolutamid** albo **enzalutamid**. W leczeniu **opornego na kastrację** raka gruczołu krokowego **z przerzutami** (mCRPC) stosowany jest **enzalutamid** albo **kabazytaksel** albo **olaparyb** albo **dichlorek radu Ra-223**. W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia niesteroidowymi antyandrogenami. **1. Kryteria kwalifikacji**	**1. Dawkowanie** Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) poszczególnych leków. U chorych, którzy nie byli uprzednio poddani orchidektomii należy utrzymać supresję androgenową z zastosowaniem agonistów lub antagonistów LHRH. 1) **apalutamid:** zalecana dawka wynosi 240 mg (cztery tabletki po 60 mg) i jest stosowana jednorazowo co 24 godziny. 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. 3) **enzalutamid:** zalecana dawka wynosi 160 mg (cztery kapsułki lub tabletki po 40 mg) w jednorazowej dawce dobowej. Lek można stosować z pokarmem lub bez pokarmu. Leków hormonalnych nowej generacji nie należy	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka gruczołu krokowego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia PSA; 4) oznaczenie stężenia testosteronu; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny (oraz wyliczenie klirensu kreatyniny); 6) oznaczenie stężenia bilirubiny; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 9) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej (w przypadku leczenia dichlorkiem radu Ra-223); 10) scyntygrafia kośćca; 11) obrazowanie (rentgenografia lub tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny w zależności od sytuacji klinicznej); 12) tomografia komputerowa jamy brzusznej i

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) wiek ≥ 18 lat;
3) stan sprawności:
   a) 0-1 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem (nmCRPC), darolutamidem, enzalutamidem (nmCRPC albo mCRPC przed podaniem docetakselu)

   albo

   b) 0-2 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem (mHSPC), enzalutamidem (mCRPC po podaniu docetakselu) kabazytakselem, olaparybem, dichlorkiem radu Ra-223;
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 przeciwskazanie 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 o małym obciążeniu przerzutami (z ang. low volume disease) apalutamidem

1) stadium wrażliwości na kastrację;
2) udokumentowane przeciwskazania do zastosowania docetakselu;

stosować łącznie z docetakselem ani innymi antyandrogenami lub inhibitorami CYP17.

W przypadku wystąpienia zdarzeń losowych albo istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych można opóźnić podanie kolejnej dawki leku hormonalnego nowej generacji, jednak nie dłużej niż o 8 tygodni.

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).

   W przypadku wystąpienia zdarzeń losowych albo istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych można opóźnić podanie kolejnej dawki leku, jednak nie dłużej niż o 8 tygodni.
5) **dichlorek radu Ra-223:** lek jest podawany we wstrzyknięciach dożylnych w dawce 55 kBq na kg masy ciała, podawane w odstępach 4-tygodniowych w 6 wstrzyknięciach.

   Dawka leku nie może być modyfikowana.

   W przypadku stosowania wcześniej docetakselu lub kabazytakselu czas od zakończenia terapii powinien wynosić co najmniej 4 tygodnie, a gdy pacjent wcześniej przyjmował octan abirateronu, należy zapewnić minimum 5 dniowy odstęp od rozpoczęcia leczenia dichlorkiem radu-223;

miednicy (w przypadku leczenia dichlorkiem radu Ra-223 albo apalutamidem, darolutamidem, enzalutamidem chorych na nmCRPC);

13) rentgenografia klatki piersiowej w przypadku leczenia dichlorkiem radu Ra-223 albo apalutamidem, darolutamidem, enzalutamidem chorych na nmCRPC);
14) pomiar gęstości mineralnej kości (w przypadku leczenia dichlorkiem radu Ra-223 chorych z 4-5 przerzutami do kości);
15) 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 leczenia

1) morfologia krwi z rozmazem (w przypadku leczenia kabazytakselem, olaparybem, Ra-223);
2) oznaczenie stężenia bilirubiny (w przypadku leczenia kabazytakselem);
3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (w przypadku leczenia kabazytakselem);

3) brak cech radiologicznej lub biochemicznej progresji u chorych leczonych deprywacją androgenów przed włączeniem do programu; 4) występowanie ≥ 1 przerzutu do kości (jeśli jest ich ≥ 4 to zmiany muszą być ograniczone do kręgosłupa i miednicy) w badaniu scyntygraficznym; 5) nieobecność przerzutów w narządach miąższowych (dopuszczalne przerzuty w węzłach chłonnych); 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 deprywacją androgenów (kastracja 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 osteoporozy); 10) brak napadów padaczkowych w wywiadzie lub innych czynników predysponujących do ich wystąpienia. **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; 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	W przypadku wystąpienia zdarzeń losowych albo istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych można opóźnić podanie kolejnej dawki leku, jednak nie dłużej niż o 4 tygodnie. Warunkiem podania kolejnej dawki leku w przypadku, o którym mowa powyżej jest: a) w przypadku hematotoksyczności: działanie powinno zmniejszyć się co najmniej do stopnia 2 wg CTC, b) w przypadku toksyczności innych niż hematologiczne: działanie powinno zmniejszyć się do stopnia 2 wg CTC w przypadku działań żołądkowo-jelitowych lub stopnia 3 wg CTC w przypadku pozostałych działań, c) w przypadku kompresji rdzenia kręgowego, do której dojdzie w trakcie leczenia, stosowanie leku może być kontynuowane, jeżeli zaopatrzenie pacjenta nie spowoduje opóźnienia podania kolejnej dawki leku o więcej niż 4 tygodnie, d) w przypadku złamania kostnego, do którego dojdzie w trakcie leczenia, podanie kolejnej dawki leku powinno odbyć się w okresie od 2 do 4 tygodni po dokonaniu się złamania. 6) **kabazytaksel:** zalecana dawka wynosi 25 mg/m^2 pc., podawana w 1-godzinnej infuzji dożylnej co 3 tygodnie, w skojarzeniu z doustnym prednizonem lub prednizolonem w	4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (w przypadku leczenia kabazytakselem); 5) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej (w przypadku leczenia dichlorkiem radu Ra-223); 6) oznaczenie stężenia kreatyniny i wyliczenie klirensu kreatyniny (w przypadku leczenia olaparybem); 7) oznaczenie stężenia PSA, nie rzadziej niż co 3 miesiące, w przypadku stwierdzenia zwiększenia stężenia PSA kolejne oznaczenia należy wykonywać nie rzadziej niż co 1 miesiąc; 8) badania obrazowe (RTG/TK/MR) w zależności od badania wykonanego przy kwalifikacji, nie rzadziej niż co 6 miesięcy; 9) scyntygrafia nie rzadziej niż co 6 miesięcy; 10) inne badania w zależności od sytuacji klinicznej. Badania laboratoryjne wykonuje się: – badania krwi regularnie co 2-3 miesiące, również przy braku wskazań klinicznych; – przed podaniem każdej dawki leku w przypadku leczenia kabazytakselem albo dichlorkiem radu Ra-223 oraz jednorazowo w okresie 4-8 tygodni od momentu podania ostatniej dawki dichlorku radu Ra-223; – morfologia krwi z rozmazem, oznaczenie stężenia kreatyniny i wyliczenie klirensu

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; 3) przed zastosowaniem chemioterapii niestosowanie opioidów z powodu objawów raka gruczołu krokowego (dopuszczalne jest stosowanie opioidów w przeszłości); 4) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu.	dawce 10 mg, podawanym codziennie podczas leczenia. Czas od zakończenia chemioterapii z udziałem docetakselu powinien wynosić co najmniej 4 tygodnie; W przypadku wystąpienia zdarzeń losowych albo istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych można opóźnić podanie kolejnej dawki leku, jednak nie dłużej niż o 4 tygodnie. Premedykacja: w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia i nasilenia reakcji nadwrażliwości, zalecany schemat premedykacji powinien być wykonany przynajmniej 30 minut przed każdym podaniem leku kabazytaksel poprzez dożylne podanie następujących produktów leczniczych: a) lek przeciwhistaminowy (5 mg dekschlorfenyraminy lub 25 mg difenhydraminy albo lek o równoważnej sile działania), b) kortykosteroid (8 mg deksametazonu albo lek o równoważnej sile działania) oraz antagonista receptora H2 (ranitydyna albo lek o równoważnej sile działania).	kreatyniny nie rzadziej niż co 1 miesiąc (w przypadku leczenia olaparybem). Badania oceniające odpowiedź powinny być wykonywane zawsze przy klinicznym podejrzeniu progresji. **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 (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.

1.2.4. Chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami kabazytakselem (leczonych wcześniej docetakselem) 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) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT) nie większa niż 1,5-krotna wartość górnego zakresu normy, a w przypadku niespełnienia tego kryterium konieczne jest zmniejszenie dawki zgodnie z zapisami ChPL; 4) stężenie bilirubiny całkowitej w granicach normy, a w przypadku gdy stężenie bilirubiny przekracza wartość górnego zakresu normy, ale nie jest większe niż 3-krotna wartość górnego zakresu normy, konieczne jest zmniejszenie dawki zgodnie z zapisami ChPL; nie wolno stosować leku, gdy stężenie bilirubiny przekracza 3-krotną wartość górnego zakresu normy. **1.2.5. 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 patogennej lub prawdopodobnie patogennej mutacji (germinalnej lub somatycznej) w genie *BRCA1* lub *BRCA2*; 5) u chorych z klirensem kreatyniny 31-50 ml/min należy zmniejszyć dawkę leku zgodnie z ChPL, nie wolno stosować leku, kiedy klirens wynosi 30 ml/min lub mniej; **1.2.6. Chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami dichlorkiem radu Ra-223** 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 w układzie kostnym w badaniach obrazowych; 3) progresja po uprzednim zastosowaniu co najmniej dwóch linii terapii systemowej z powodu mCRPC (innych niż deprywacja androgenowa) lub u chorych, u których niemożliwe jest (udokumentowane medycznie)		

zastosowanie dwóch linii systemowego leczenia przyczynowego (nowoczesna hormonoterapia lub chemioterapia). 4) potwierdzenie w badaniu scyntygraficznym obecności co najmniej 6 przerzutów do kości (w szczególnych przypadkach lekarz może podjąć decyzję o włączeniu tej terapii u pacjenta z liczbą przerzutów 4-5, jeżeli cechy choroby przemawiają za dużą szansą pozytywnego działania tej terapii po ocenie stanu kości (scyntygrafią, pomiarem gęstości mineralnej kości) oraz ocenie ryzyka złamań; 5) nieobecność przerzutów do narządów wewnętrznych z wyjątkiem przerzutów do węzłów chłonnych o wymiarze mniejszym lub równym 3 cm w osi krótkiej; 6) u chorych otrzymujących wcześniej chemioterapię lub olaparyb ustąpienie klinicznie istotnych działań niepożądanych stanowiących przeciwskazanie do terapii dichlorkiem radu-223; 7) bóle kostne wymagające: a) stałego stosowania leków przeciwbólowych, w sposób zgodny z zasadami postępowania w leczeniu bólu pochodzenia nowotworowego, lub b) paliatywnej radioterapii, która została przeprowadzona w okresie nie więcej niż 12 tygodni przed zakwalifikowaniem do leczenia dichlorkiem radu-223; 8) niestosowanie wcześniej leczenia z wykorzystaniem strontu-89, samaru-153, renu-186 lub renu-188 w okresie 24 tygodni przed rozpoczęciem leczenia dichlorkiem radu-223; 9) niestosowanie jednoczasowo innego systemowego leczenia przeciwnowotworowego z wyjątkiem farmakologicznego leczenia kastracyjnego (analogiem lub antagonistą LHRH); 10) nieobecność kompresji rdzenia kręgowego potwierdzonej badaniem klinicznym lub badaniem rezonansu magnetycznego, wymagającej zaopatrzenia miejscowego lub radioterapii (leczenie może zostać podjęte po zakończeniu skutecznego leczenia miejscowego);		

11) nieobecność jakiegokolwiek z następujących schorzeń współistniejących: a) niekontrolowana infekcja, b) niewydolność serca w stopniu III lub IV NYHA, c) choroba Crohna lub wrzodziejące zapalenie jelita grubego, d) zespół mielodysplastyczny, e) problemy z utrzymaniem stolca; **2. Czas leczenia w programie** 1) w przypadku zastosowania apalutamidu albo darolutamidu albo enzalutamidu albo kabazytakselu albo olaparybu leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia; 2) w przypadku zastosowania dichlorku radu Ra-223 leczenie w programie obejmuje 6 podań leku wykonywanych w odstępach 4 tygodni, chyba że w oparciu o kryteria zakończenia udziału w programie, określone w pkt 3 zostanie podjęta decyzja o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu. **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 a) 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: a) do stopnia 2-4 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem (nmCRPC), darolutamidem, enzalutamidem (nmCRPC albo mCRPC przed podaniem docetakselu), albo b) do stopnia 3-4 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem (mHSPC), enzalutamidem (mCRPC po podaniu docetakselu) kabazytakselem, olaparybem, dichlorkiem radu Ra-223; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub substancje pomocnicze; 4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego lub zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia; 6) klinicznie istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku; 7) rozpoczęcie nowego leczenia z zastosowaniem innego preparatu radioizotopowego, z wyjątkiem zastosowania radioterapii paliatywnej na pojedyncze ogniska przerzutowe (w przypadku leczenia dichlorkiem radu Ra-223); 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy. **4.** 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 tym samym lekiem pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do tego programu lekowego.		

Załącznik B.57.

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**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) *toxinum botulinum*, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej Dysport kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,4,7 lub 1,2,5,7 lub 1,3,4,7 lub 1,3,5,7. Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej Botox kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,4,7 lub 1,2,5,6,7. Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej Xeomin kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,4,7. 1) wiek od 18 roku życia; 2) pacjenci po przebytym niedokrwiennym lub krwotocznym udarze mózgu (ICD-10 I61, I63, I69), udokumentowanym wypisem ze szpitala; 3) pacjenci: a) po przebytym urazie OUN (ICD-10 T90, T91) udokumentowanym wypisem ze szpitala;	**1. Dawkowanie** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Maksymalne dawki na sesję: 1) Botox: kończyna górna i dolna 600 j. (tylko kończyna górna – 350 j., tylko kończyna dolna – 400 j.); 2) Dysport: kończyna górna i dolna 1500 j. (tylko kończyna górna – 1100 j., tylko kończyna dolna – 1500 j.); 3) Xeomin: tylko kończyna górna - 500 j. Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego pacjenta – maksymalnie 3 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni. Zalecane podawanie pod kontrolą elektromiografii (EMG), stymulacji elektrycznej	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie neurologiczne: a) ocena spastyczności w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS, b) test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej lub dolnej według skali Medical Research Council (MRC) (0–5 w poszczególnych grupach mięśniowych), c) ocena stanu ruchowego z opisową oceną czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością; 2) u pacjentów przyjmujących leki antykoagulacyjne – acenokumarol lub warfarynę, wykonuje się badanie INR (dopuszczalna wartość INR $\leq$ 2,5). **2. Monitorowanie leczenia** 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. Podczas wizyt kontrolnych wykonuje się: 1) ocenę odpowiedzi na zastosowane leczenie mierzoną w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS (poprawa o

lub b) z udokumentowanym rozpoznaniem stwardnienia rozsianego (ICD-10 G35); lub c) z udokumentowanym rozpoznaniem mózgowego porażenia dziecięcego (ICD-10 G80); lub d) z udokumentowanym rozpoznaniem paraplegii spastycznej (ICD10 G82, G83) 4) pacjenci z potwierdzoną spastycznością kończyny górnej / kończyn górnych w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS ≥ 2) w przynamniej jednej grupie mięśniowej; 5) pacjenci z potwierdzoną spastycznością kończyny dolnej / kończyn dolnych w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS ≥ 2) w przynamniej jednej grupie mięśniowej; 6) pacjent zdolny do przyjęcia pozycji stojącej; 7) brak przeciwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. W zależności od decyzji lekarza, zaleca się rozpoczęcie indywidualnej kinezyterapii nie później niż 4 tygodnie po podaniu leku. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. Maksymalnie finansuje się 3 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni.	mięśnia lub ultrasonografii (USG).	minimum 1 punkt), która stanowi kryterium podania kolejnych dawek leku; 2) ocenę efektu podania leku według lekarza i według pacjenta przeprowadzaną za pomocą skali CGI–IS (Clinical Global Impression – Improvement Scale); 3) test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej lub dolnej według skali Medical Research Council (MRC) (0–5 w poszczególnych grupach mięśniowych); 4) ocenę stanu ruchowego z opisową oceną czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością. W dokumentacji medycznej pacjenta zamieszcza się informację o rodzaju i formie prowadzonej u pacjenta rehabilitacji, jeśli dotyczy. **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 również parametrów dotyczących skuteczności leczenia: a) zmiana wyniku w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS, b) efekt podania leku według lekarza i według pacjenta monitorowany za pomocą skali CGI–IS (Clinical Global Impression – Improvement Scale), c) wynik testu oceniającego stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej lub dolnej według skali Medical Research Council (MRC), z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie

3. Kryteria wyłączenia z programu 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 Ashwortha–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.		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

Załącznik B.58.

LECZENIE CHORYCH NA RAKA PRZEŁYKU, POŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWO-PRZEŁYKOWEGO I ŻOŁĄDKA (ICD-10: C15-C16)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
LECZENIE RAKA PRZEŁYKU I POŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWO-PRZEŁYKOWEGO		
Indeks wykorzystanych skrótów: AEG - ang. *adenocarcinoma of the esophagogastric* junction, gruczolakorak połączenia żołądkowo-przełykowego EAC - ang. *esophageal adenocarcinoma*, gruczolakorak przełyku ESCC - ang. *esophageal squamous cell carcinoma*, płaskonabłonkowy rak przełyku		
W programie finansuje się leczenie uzupełniające raka przełyku lub połączenia żołądkowo-przełykowego lub jedną z dwóch linii leczenia zaawansowanego raka przełyku lub połączenia żołądkowo-przełykowego substancjami: 1) ***pembrolizumab*;** 2) ***niwolumab*;** 3) ***ipilimumab*.** Leczenie **uzupełniające raka przełyku lub połączenia żołądkowo-przełykowego** obejmuje: 1) leczenie adiuwantowe ***niwolumabem*** w **monoterapii** dorosłych pacjentów z rakiem przełyku (płaskonabłonkowym lub gruczołowym) lub połączenia żołądkowo-przełykowego, z	**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. **2. Dawkowanie** **2.1. *pembrolizumab*** Zalecana dawka ***pembrolizumabu*: 200 mg co 3 tygodnie** lub **400 mg co 6 tygodni**.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie histologiczne w celu potwierdzenia określonego typu raka przełyku lub połączenia przełykowo-żołądkowego zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych; 2) stwierdzenie choroby resztkowej ≥ ypT1 lub ≥ ypN1 po zabiegu chirurgicznym R0 – dotyczy leczenia uzupełniające *niwolumabem* w monoterapii; 3) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ oceniające ekspresję HER2 – dotyczy leczenia chorych na gruczolakoraka *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią oraz *pembrolizumabem* 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 ≥ 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) ≥ 1 % - dotyczy leczenia ESCC *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią albo *ipilimumabem*; 6) morfologia krwi z rozmazem; 7) oznaczenie stężenia kreatyniny; 8) oznaczanie stężenia glukozy; 9) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; 10) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 11) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 12) oznaczenie poziomu sodu, potasu – dotyczy leczenia *niwolumabem*; 13) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej – dotyczy leczenia *pembrolizumabem*; 14) oznaczenie poziomu fT4 i TSH; 15) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym; 16) elektrokardiografia (EKG) – dotyczy leczenia *niwolumabem*; 17) badanie obrazowe umożliwiające rozpoznanie nawrotu lub przerzutów (tomografia komputerowa klatki piersiowej i jamy brzusznej lub inne badanie w zależności od sytuacji klinicznej); 18) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**

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). 3) 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). Do leczenia kwalifikowani są pacjenci, u których stwierdzono niepowodzenie chemioterapii zastosowanej w pierwszej linii leczenia, opartej na pochodnej *platyny* i *fluoropirymidynie*: 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 gruczolakoraka przełyku (EAC) lub połączenia żołądkowo-przełykowego (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 przełyku z ekspresją PD-L1 wg skali CPS ≥ 5 (I linia leczenia).	Zalecana dawka ***niwolumabu*** w skojarzeniu z ***ipilimumabem***: **3 mg/kg mc. co 2 tygodnie** lub **360 mg co 3 tygodnie**. Zalecana dawka ***ipilimumabu***: **1 mg/kg mc. co 6 tygodni**. W przypadku wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności w wyniku stosowania *ipilimumabu* możliwe jest odstawienie *ipilimumabu* i kontynuowanie leczenia *niwolumabem* w monoterapii.	1) morfologia krwi; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny; 3) oznaczenie stężenia glukozy – dotyczy leczenia *niwolumabem*; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej, 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie stężenia sodu i potasu – dotyczy leczenia *niwolumabem*; 8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej – dotyczy leczenia *pembrolizumabem*; 9) oznaczenie wolnej T4 i TSH; 10) EKG – dotyczy leczenia *niwolumabem*. Badania wykonuje się: – nie rzadziej niż co 12 tygodni lub częściej, jeśli wymaga tego stan kliniczny pacjent w przypadku leczenia ESCC lub EAC *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią albo *ipilimumabem*, – nie rzadziej niż co 8 tyg. w zależności od sytuacji klinicznej w przypadku leczenia *niwolumabem* w monoterapii (leczenie uzupełniające i leczenie ESCC), – przed każdym podaniem *ipilimumabu*, – u chorych poddawanych chemioterapii skojarzonej z *niwolumabem*, badania umożliwiające podanie kolejnego kursu wykonuje się zgodnie z praktyka kliniczną, – przed każdym podaniem chemioterapii stosowanej w terapii skojarzonej z *pembrolizumabem* należy wykonać badania wymienione w ppkt 1), 2), 4), 5), 6), 8),

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 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*. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek 18 lat i powyżej;		– 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). **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

2) histologicznie potwierdzony: – rak przełyku (płaskonabłonkowy lub gruczołowy) lub połączenia żołądkowo-przełykowego bez przerzutów odległych z chorobą ocenioną mikroskopowo ≥ ypT1 lub ≥ 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; 3) udokumentowana i potwierdzona zwalidowanym testem ekspresja PD-L1 w tkance nowotworowej wg skali CPS (combined positive score): – ≥ 5 w przypadku leczenia EAC *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią, – ≥ 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		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.

niwolumabem w skojarzeniu z chemioterapią albo *ipilimumabem*; 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 EAC *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią oraz leczenia EAC lub AEG *pembrolizumabem*; 6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST; 7) sprawność w stopniu 0-1 według skali ECOG; 8) brak leczenia kortykosteroidami w dawce większej niż ekwiwalent 10 mg prednizonu dziennie w ciągu ostatniego miesiąca; 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; 12) nieobecność aktywnej choroby autoimmunologicznej wymagającej aktywnego leczenia immunosupresyjnego; 13) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualne ChPL; 14) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 15) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL;		

16) 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 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 w programie** Leczenie *niwolumabem* lub *pembrolizumabem* trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu. W przypadku leczenia *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią (ESCC albo EAC) albo *ipilimumabem* (ESCC) u pacjentów bez progresji lub niedopuszczalnej toksyczności leczenie *niwolumabem* trwa maksymalnie 24 miesiące. W przypadku leczenia uzupełniającego (adiuwantowego) *niwolumabem* w monoterapii leczenie trwa maksymalnie 12 miesięcy. Maksymalny okres opóźnienia podania kolejnego kursu leczenia może wynosić: – 12 tygodni w przypadku leczenia *niwolumabem* w skojarzeniu z chemioterapią albo *ipilimumabem*, – 8 tygodni w przypadku leczenia uzupełniającego *niwolumabem* w monoterapii, – 6 tygodni w przypadku leczenia *pembrolizumabem*. **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 oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		
LECZENIE RAKA ŻOŁĄDKA I POŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWO-PRZEŁYKOWEGO		
W programie finansuje się trzy linie leczenia zaawansowanego raka żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego substancjami: 1) ***niwolumab***; 2) ***ramucyrumab***; 3) ***triflurydyna z typiracylem.***	**1. Modyfikacja dawkowania** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL).	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1. Badania ogólne** 1) badanie histologiczne w celu potwierdzenia gruczolakoraka żołądka lub połączenia przełykowo-żołądkowego; 2) morfologia krwi z rozmazem;

Leczenie **zaawansowanego gruczolakoraka raka żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego** 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 żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego z ekspresją PD-L1 wg skali CPS ≥ 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). 2) 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 progresja choroby po wcześniejszej chemioterapii pochodnymi *platyny* i *fluoropirymidyną*. 3) leczenie ***trifluridyną*** 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	Dopuszczalne jest zmniejszenie zalecanej dawki zgodnie z aktualną ChPL odpowiedniego leku. **2. Dawkowanie** **2.1. *niwolumab*** Zalecana dawka *niwolumabu*: **360 mg co 3 tygodnie** lub **240 mg co 2 tygodnie.** Dawkowanie chemioterapii opartej na *fluoropirymidynie* (*5FU*) i pochodnej *platyny* (*oksalipatynie* lub *kapecytabinie* - według schematu *CAPOX* lub *FOLFOX*) 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 *niwolumabem*. **2.2. *ramucyrumab*** Dawka *ramucyrumabu*: **8 mg/kg**, podawana przed *paklitakselem* **w 1. i 15. dniu cyklu trwającego 28 dni.** 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,	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. **1.2.** Badania wykonywane dodatkowo w przypadku leczenia ***niwolumabem*:** 1) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ oceniające ekspresję HER2; 2) potwierdzenie zwalidowanym testem ekspresji PD-L1 wg skali CPS (combined positive score) ≥ 5; 3) oznaczenie stężenia glukozy; 4) oznaczenie poziomu sodu, potasu; 5) 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);

obejmujących *fluoropirymidynę*, *platynę* i *taksany* lub *irynotekan* (III linia leczenia).

Ponadto, w przypadku pacjentów kwalifikujących się do leczenia *triflurydyną* z *typiracylem*, z potwierdzoną nadekspresją receptora HER2 w komórkach raka inwazyjnego wymagana jest wcześniejsza terapia anty-HER2.

W programie istnieje możliwość jednorazowego zastosowania immunoterapii z wykorzystaniem *niwolumabu*.

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) 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*;
5) brak leczenia kortykosteroidami w dawce większej niż ekwiwalent 10 mg prednizonu dziennie w ciągu ostatniego miesiąca - dotyczy leczenia *niwolumabem*;
6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;
7) stan sprawności 0-1 według skali ECOG;
8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;

w tym modyfikacja premedykacji, powinno być zgodne z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

Premedykacja przed podaniem *paklitakselu* powinna być zgodna z lokalną praktyką kliniczną.

2.3. *triflurydyna z typiracylem*

Dawka *triflurydyny z typiracylem*: **35 mg/m^2 pc./dawkę** dwa razy na dobę **od 1. do 5. dnia oraz od 8. do 12. dnia każdego 28-dniowego cyklu.**

Dawkowanie oblicza się na podstawie powierzchni ciała pacjenta zgodnie z aktualną ChPL.

4) pomiar ciśnienia tętniczego.

1.4. Badania wykonywane dodatkowo w przypadku leczenia ***triflurydyną z typiracylem*:**

1) badanie ogólne moczu.

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*;
7) oznaczenie poziomu sodu i potasu – dotyczy leczenia *niwolumabem*;
8) oznaczenie poziomu fT4 i TSH – dotyczy leczenia *niwolumabem*;
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*,
- przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu leczenia *ramucyrumabem*,

9) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 10) nieobecność objawowych przerzutów do OUN – dotyczy leczenia *niwolumabem* lub *triflurydyną* z *typiracylem*; 11) nieobecność przerzutów do OUN – dotyczy leczenia *ramucyrumabem*; 12) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualne ChPL; 13) nieobecność aktywnej choroby autoimmunologicznej wymagającej aktywnego leczenia immunosupresyjnego – dotyczy leczenia *niwolumabem*; 14) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 15) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 16) 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. Czas leczenia** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.		– przed każdym cyklem podania *triflurydyny* w skojarzeniu z *typiracylem*, – u chorych poddawanych chemioterapii skojarzonej z *niwolumabem* badania umożliwiające podanie kolejnego kursu wykonuje się zgodnie z praktyka 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*. **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*, – nie rzadziej niż co 8 tygodni (lub przed zakończeniem co drugiego kursu jeśli leczenie było czasowo przerwane) w przypadku leczenia *ramucyrumabem*, – nie rzadziej niż co 12 tygodni (z możliwością 2-tygodniowego opóźnienia daty wykonania w przypadkach uzasadnionych przesunięć w realizowaniu

W przypadku leczenia *niwolumabem*, u chorych bez progresji lub niedopuszczalnej toksyczności leczenie *niwolumabem* trwa maksymalnie 24 miesiące. Maksymalny okres opóźnienia podania kolejnego kursu leczenia może wynosić: – 12 tygodni w przypadku leczenia *niwolumabem*; – 8 tygodni w przypadku leczenia *ramucyrumabem* lub *triflurydyną* z *typiracylem*. **3. Kryteria wyłączenia** 1) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST (w przypadku *niwolumabu*, 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		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 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). **Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 4. pkt. 1., powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.** **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;

oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów. **4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej** 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; 2) kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej; 3) pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu; 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.		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) 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.

Załącznik B.59.

LECZENIE CHORYCH NA CZERNIAKA SKÓRY LUB BŁON ŚLUZOWYCH (ICD-10: C43)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie **1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia niwolumabem, lub pembrolizumabem, lub terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem** 1) histologiczne potwierdzenie czerniaka skóry lub błon śluzowych w stadium zaawansowania III (nieoperacyjny) lub IV oraz: – brak wcześniejszego leczenia za pomocą przeciwciał monoklonalnych anty-PD-1 (z wyjątkiem skojarzenia z ipilimumabem, gdy leczenie zakończono z powodu toksyczności ipilimumabu) oraz i. brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego z powodu czerniaka skóry, albo ii. 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). Farmakologiczne leczenie systemowe (w tym z użyciem anty-PD-1) w stadium zaawansowanym nie obejmuje uzupełniającego leczenia pooperacyjnego; 2) zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów aktualnej wersji RECIST;	**1. Dawkowanie niwolumabu lub pembrolizumabu lub niwolumabu w skojarzeniu z ipilimumabem** Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Niwolumab lub pembrolizumab, lub niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem nie może być stosowany łącznie z: 1) innym przeciwciałem monoklonalnym (wyjątek stanowi skojarzenie niwolumabu z ipilimumabem); 2) inhibitorem kinazy BRAF; 3) inhibitorem kinazy MEK. **2. Dawkowanie wemurafenibu oraz kobimetynibu** Dawkowanie prowadzone jest zgodnie z Charakterystykami odpowiednich Produktów Leczniczych.	**1. Badania przy kwalifikacji do programu** **1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia niwolumabem, lub pembrolizumabem lub terapią skojarzoną niwolumabem z ipilimumabem lub terapii niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka** 1) histologiczne potwierdzenie czerniaka; 2) diagnostyka obrazowa: RTG, PET-TK, TK lub MRI (USG w wybranych przypadkach - zmiany w tkance podskórnej lub skórze); 3) pomiar masy ciała; 4) pełne badanie przedmiotowe; 5) ocena sprawności w skali ECOG; 6) ocena obecności mutacji BRAF V600; 7) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 8) elektrokardiogram (EKG); 9) badania laboratoryjne: a) badania hematologiczne: hemoglobina, pełna morfologia z rozmazem (włącznie z bezwzględną liczbą limfocytów) oraz liczbą płytek, b) parametry biochemiczne surowicy: amylaza, aminotransferazy (ALT/AST), bilirubina (związana i

3) stan sprawności według kryteriów ECOG w stopniu 0-1; 4) wiek ≥ 18 lat; 5) rozpoczynanie leczenia w chwili ustąpienia wszystkich klinicznie istotnych działań niepożądanych wcześniejszego leczenia; 6) brak objawowych przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego lub stan bezobjawowy po przebytym leczeniu chirurgicznym lub radioterapii przerzutów w mózgu; 7) antykoncepcyjne przeciwdziałanie u kobiet w wieku rozrodczym przez cały okres stosowania leczenia oraz do 16 tygodni po podaniu ostatniej dawki; 8) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek; 9) wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 10) brak przeciwskazań do rozpoczęcia leczenia wskazanych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.2. Kryteria kwalifikacji do leczenia uzupełniającego czerniaka skóry lub błon śluzowych niwolumabem lub pembrolizumabem** 1) histologiczne potwierdzenie czerniaka skóry lub błon śluzowych z zajęciem węzłów chłonnych (dotyczy niwolumabu lub pembrolizumabu) lub z przerzutami odległymi (dotyczy tylko niwolumabu), po całkowitej resekcji - nie później niż 16 tygodni wstecz;Brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego z powodu czerniaka skóry. Za farmakologiczne leczenie systemowe nie uznaje się uzupełniającego leczenia pooperacyjnego;	W przypadku konieczności zakończenia terapii jednym z leków ze schematu z powodu specyficznych toksyczności, można kontynuować terapię pozostałym lekiem ze schematu. Pacjenci włączeni do programu przed dniem 1.03.2017 mogą kontynuować monoterapię wemurafenibem aż do zakończenia leczenia. **3. Dawkowanie dabrafenibu oraz trametynibu** Dawkowanie prowadzone jest zgodnie z Charakterystykami odpowiednich Produktów Leczniczych. Kryteria i sposób modyfikacji dawkowania obu leków są określone w Charakterystykach Produktów Leczniczych. W przypadku konieczności zakończenia terapii jednym z leków ze schematu z powodu reakcji niepożądanych można kontynuować terapię pozostałym lekiem ze schematu. Pacjenci włączeni do programu przed dniem 1.03.2017 mogą kontynuować monoterapię dabrafenibem aż do zakończenia leczenia. **4. Dawkowanie enkorafenibu z binimetynibem** Dawkowanie prowadzone jest zgodnie z Charakterystykami odpowiednich Produktów Leczniczych. Kryteria i sposób modyfikacji dawkowania obu leków są określone w Charakterystykach Produktów Leczniczych.	całkowita), kreatynina, glukoza, mocznik, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4, c) badanie ogólne moczu. **1.2. Badania przy kwalifikacji do terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu, albo terapii dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka, albo terapii skojarzonej enkorafenibu z binimetynibem** 1) histologiczne potwierdzenie czerniaka zgodnie z kryteriami włączenia; 2) ocena obecności mutacji BRAF V600; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenia stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie stężenia dehydrogenazy mleczanowej; 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 9) oznaczenie stężenia elektrolitów (w tym magnezu); 10) elektrokardiogram (EKG); 11) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF); 12) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 13) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny mózgu; 14) badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy;

2) rozpoczynanie leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem w chwili ustąpienia wszystkich klinicznie istotnych działań niepożądanych wcześniejszego leczenia; 3) wiek ≥ 18 lat; 4) stan sprawności według kryteriów ECOG w stopniu 0-1; 5) wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego; 7) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.3. Kryteria kwalifikacji do leczenia uzupełniającego czerniaka skóry lub błon śluzowych skojarzoną terapią dabrafenibem i trametynibem** 1) rozpoznanie czerniaka skóry w stopniu zaawansowania IIIA z przerzutami powyżej 1mm, IIIB, IIIC lub IIID – na podstawie klasyfikacji AJCC, 8. edycji z 2017 roku; 2) wykonana całkowita resekcja czerniaka skóry (jeśli nie ma wskazań do uzupełniającej limfadenektomii wystarczająca jest jedynie biopsja węzła wartowniczego); czas od resekcji przerzutów maksymalnie 16 tygodni; 3) potwierdzenie mutacji BRAF V600 w komórkach nowotworowych za pomocą zwalidowanego testu; 4) wiek ≥ 18 lat; 5) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 6) brak stosowania wcześniejszych terapii systemowych w leczeniu czerniaka;		15) badanie tomografii komputerowej innej lokalizacji lub inne badania obrazowe (ultrasonografia - USG, z ewentualną dokumentacją fotograficzną zmian nowotworowych na skórze, rezonans magnetyczny - MR, scyntygrafia) w zależności od sytuacji klinicznej; 16) ocena przedmiotowa całej skóry; 17) badanie głowy i szyi obejmujące przynajmniej wzrokową ocenę błon śluzowych jamy ustnej oraz palpacyjną ocenę węzłów chłonnych; 18) badania obrazowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów RECIST (nie wcześniej niż 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku); 19) badanie okulistyczne, w tym badanie ostrości i pola widzenia oraz dna oka. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Monitorowanie leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem, lub terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem lub terapii niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka** 1) diagnostyka obrazowa umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub MRI (USG w wybranych przypadkach - zmiany w tkance podskórnej lub skórze); diagnostykę obrazową wykonuje się: a) dla niwolumabu i pembrolizumabu: po 12 tygodniach leczenia, a następnie co 3-4 miesiące lub przy klinicznym podejrzeniu progresji, b) dla terapii skojarzonej niwolumabu z ipilimumabem: między 11 a 13 tygodniem leczenia, następnie co 3-4 miesiące lub przy klinicznym podejrzeniu progresji,

7) wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 8) brak innego aktywnego nowotworu złośliwego; 9) brak współistniejących schorzeń uniemożliwiających leczenie; 10) brak przeciwwskazań do stosowania dabrafenibu i trametynibu określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych; 11) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.4. Kryteria kwalifikacji do terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu albo terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem** 1) rozpoznanie nieresekcyjnego (stopień III) lub uogólnionego (stopień IV) czerniaka skóry; 2) potwierdzenie mutacji BRAF V600 w komórkach nowotworowych za pomocą zwalidowanego testu; 3) zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów aktualnej wersji RECIST; 4) wiek ≥ 18 lat; 5) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 6) brak objawowych przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego lub stan bezobjawowy po przebytym leczeniu chirurgicznym lub radioterapii przerzutów w mózgu; 7) wielkość odstępu QTc w badaniu EKG ≤ 500 ms;		c) w przypadku chorych leczonych przynajmniej 24 miesiące w programie i uzyskujących korzyść kliniczną, tj. odpowiedź obiektywną lub stabilizację choroby, co 6 miesięcy lub przy klinicznym podejrzeniu progresji. 2) badania laboratoryjne: pełna morfologia krwi z rozmazem oraz liczbą płytek, parametry biochemiczne surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita (bezpośrednia w przypadku stężenia bilirubiny całkowitej > 1,5 GGN), kreatynina, glukoza, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4. Zaleca się, aby wszystkie próbki do badań laboratoryjnych były pobrane w okresie do 7 dni przed podaniem dawki leku. Badania laboratoryjne wykonuje się: a) dla niwolumabu lub pembrolizumabu lub terapii skojarzonej niwolumabu z ipilimumabem: co 6-12 tygodni; 3) pomiar masy ciała; 4) pełne badanie przedmiotowe; 5) ocena sprawności w skali ECOG; 6) ocena zdarzeń niepożądanych. Antykoncepcyjne przeciwdziałanie u kobiet w wieku rozrodczym przez cały okres stosowania leczenia oraz 4 miesiące po podaniu ostatniej dawki niwolumabu, lub niwolumabu skojarzonego z ipilimumabem, lub pembrolizumabu. **2.2. Monitorowanie terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu albo terapii dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka, albo terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem**

8) wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktów Leczniczych; 9) brak przeciwwskazań do leczenia określonych w aktualnych Charakterystykach Produktów Leczniczych; 10) brak schorzeń towarzyszących lub zaburzeń, uniemożliwiających leczenie; 11) wykluczone stosowanie jednoczesnej chemioterapii; 12) wykluczenie współistniejącego innego aktywnego nowotworu złośliwego z wyjątkiem nowotworów złośliwych skóry; 13) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** **2.1. Określenie czasu leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem lub terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. Dopuszcza się możliwość zawieszenia terapii niwolumabem lub pembrolizumabem po okresie minimum 6 miesięcy trwania terapii u chorych, u których uzyskano korzyść kliniczną (stabilizacja choroby, częściowa lub całkowita odpowiedź wg. RECIST) pod następującymi warunkami: 1) potwierdzenie korzyści klinicznej w kolejnym badaniu obrazowym wykonanym po co najmniej 4 tygodniach, 2) konsolidacja uzyskanej korzyści klinicznej 2 kolejnymi podaniami leku,		1) ocena odpowiedzi według kryteriów RECIST przy pomocy badania tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy co 14-18 tygodni; w przypadku chorych leczonych przynajmniej 24 miesiące w programie i uzyskujących korzyść kliniczną, tj. odpowiedź obiektywną lub stabilizację choroby, co 6 miesięcy lub przy klinicznym podejrzeniu progresji; 2) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny mózgu u chorych ze stwierdzonymi wyjściowo przerzutami do OUN co 8-14 tygodni; 3) badanie tomografii komputerowej innej lokalizacji lub inne badania obrazowe (ultrasonografia - USG, dokumentacja fotograficzna zmian na skórze, rezonans magnetyczny - MR, scyntygrafia) w zależności od sytuacji klinicznej; 4) ocena skóry w kierunku występowania raków płaskonabłonkowych według opisu w aktualnych Charakterystykach Produktów Leczniczych wykonywana przez specjalistę onkologii klinicznej lub chirurgii onkologicznej (w przypadkach wątpliwych - konsultacja dermatologiczna); 5) elektrokardiogram (EKG) oraz oznaczenie stężenia elektrolitów według aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych po miesiącu leczenia, a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące, po zmianie dawkowania; 6) badania morfologii i biochemii krwi według aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych nie rzadziej niż co 8-10 tygodni; 7) pomiar temperatury ciała pacjenta podczas każdej wizyty i wywiad od pacjenta w kierunku występowania gorączek; 8) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF) w razie wskazań klinicznych;

3) obopólna, udokumentowana decyzja i zgoda zarówno lekarza jak i pacjenta na zawieszenie terapii. 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. **2.2. Określenie czasu leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia, Leczenie trwa maksymalnie 12 miesięcy. **2.3. Określenie czasu leczenia skojarzoną terapią dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. Leczenie trwa maksymalnie 12 miesięcy. **2.4. Określenie czasu trwania terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu albo terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** **3.1. Kryteria wyłączenia z leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem lub z terapii skojarzonej niwolumabem z**		9) badanie okulistyczne, w tym dna oka, jedynie w przypadku występowania klinicznych wskazań. **3. Kontrola „follow-up" pacjentów, u których leczenie niwolumabem lub pembrolizumabem zostało czasowo zawieszone** 1) kontrolę pacjenta przeprowadza się co 3-4 miesiące w okresie do 3 lat od zawieszenia leczenia wg. następującego schematu: a) ocena miejscowa węzłów chłonnych regionalnych; b) badania obrazowe w zależności od pierwotnej lokalizacji przerzutów (TK, MR, RTG klatki piersiowej) oraz według wskazań klinicznych; c) dermatoskopia nowych zmian skórnych; d) kontrola parametrów biochemicznych surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita, kreatynina, glukoza, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4; e) scyntygrafia kości w przypadku bólu kości lub wskazań klinicznych (ale nie częściej niż co 6 miesięcy); f) zachęcanie pacjentów do samokontroli okolicy operowanej i regionu spływu chłonnego. 2) następnie kontrolę pacjenta przeprowadza się co 6-8 miesięcy w okresie kolejnych 3 lat zawieszenia terapii wg. schematu wskazanego w pkt. i-vii powyżej; 3) następnie, po okresie 6 lat od zawieszenia terapii, kontrolę pacjenta przeprowadza się raz w roku, aż do końca życia, wg. następującego schematu: a) ocena miejscowa, regionalna w badaniu przedmiotowym; b) dermatoskopia nowych zmian;

ipilimumabem lub terapii niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka 1) progresja choroby; 2) nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą; 3) wystąpienie epizodu ciężkiej toksyczność niezwiązanej z lekiem; 4) brak możliwości zmniejszenia dawek kortykosterydów stosowanych z powodu leczenia działań niepożądanych do dawki ≤ 10 mg prednizonu na dobę lub dawki równoważnej w ciągu 12 tygodni; 5) istotne pogorszenie jakości życia według oceny lekarza lub pacjenta; 6) objawy toksyczności związane z leczeniem nie ulegają poprawie do stopnia 0-1 w ciągu 12 tygodni od podania ostatniej dawki pembrolizumabu lub niwolumabu; 7) wystąpienie toksyczności zagrażającej życiu (w stopniu 4) z wyjątkiem endokrynopatii kontrolowanych suplementacją hormonalną; 8) wystąpienie toksyczności pochodzenia immunologicznego takich jak: a) zapalenie płuc stopnia 3 lub 4 lub nawracające stopnia 2, b) zapalenie jelita grubego stopnia 4, c) zapalenie nerek stopnia 3 lub 4 ze stężeniami kreatyniny 3 razy powyżej GGN, d) zapalenie wątroby stopnia 3 lub 4 związane ze: i. wzrostem ALT lub AST 5 razy powyżej GGN lub stężenia bilirubiny całkowitej 3 razy powyżej GGN, ii. u pacjentów z przerzutami do wątroby, którzy rozpoczynają leczenie z umiarkowanym wzrostem (stopień 2) AST lub ALT jeżeli AST lub ALT rośnie		c) kontrola parametrów biochemicznych surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita (bezpośrednia w przypadku stężenia bilirubiny całkowitej > 1,5 GGN), kreatynina, glukoza, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4. **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.

50% powyżej w stosunku do wartości wyjściowych i trwa 1 tydzień lub dłużej; 9) wystąpienie po raz drugi epizodu toksyczności stopnia 3 lub 4; 10) 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 4 miesiące po jego zakończeniu; 11) kobiety w ciąży lub karmiące piersią. **3.2. Kryteria wyłączenia z terapii dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka** 1) kliniczna lub potwierdzona obrazowo wznowa choroby; 2) toksyczność leczenia z wystąpieniem przynajmniej jednego niepożądanego działania będącego zagrożeniem życia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria); 3) utrzymująca się lub nawracająca nieakceptowalna toksyczność 3 i wyższych stopni według kryteriów CTC z wyjątkiem wtórnych nowotworów skóry; 4) nadwrażliwość na leki lub na substancje pomocnicze; 5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza lub pacjenta; 6) rezygnacja pacjenta – wycofanie zgody na leczenie; 7) ciąża lub wystąpienie innych stanów, które w opinii lekarza uniemożliwiają kontynuowanie leczenia. **3.3. Kryteria wyłączenia z terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu albo terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem**		

1) kliniczna lub potwierdzona obrazowo progresja choroby; 2) utrzymująca się lub nawracająca nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria) z wyjątkiem wtórnych nowotworów skóry; 3) obniżenie sprawności do stopnia 2-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 4) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza lub pacjenta; 5) nadwrażliwość na leki lub na substancje pomocnicze; 6) rezygnacja pacjenta - wycofanie zgody na leczenie. **4. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych w ramach innego sposobu finansowania terapii** Do programu włącza się pacjentów uprzednio leczonych niwolumabem, lub pembrolizumabem, lub terapią skojarzoną niwolumabu z ipilimumabem, lub terapią niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka, lub terapią skojarzoną z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu, lub terapią skojarzoną z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu, lub terapią dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka, lub terapią skojarzoną enkorafenibem z binimetynibem, w ramach innego sposobu finansowania terapii w celu zapewnienia kontynuacji terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria kwalifikacji wskazane w punkcie 1. oraz nie spełniają przeciwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia wskazanych w punkcie 3, a łączny czas leczenia od rozpoczęcia terapii jest nie dłuższy niż wskazano w punkcie 2.		

Załącznik B.61.

LECZENIE CHORYCH NA CYSTYNOZĘ NEFROPATYCZNĄ (ICD-10: E72.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich 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. **1. Kryteria kwalifikacji** **1.1. do leczenia systemowego cystynozy nefropatycznej cysteaminą w postaci doustnej** 1) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej > 1 nmol/mg białka komórkowego; 2) aktualnie lub w wywiadzie cechy nefropatii (zespół Fanconiego lub białkomocz). Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.2. do leczenia miejscowego cystynozy nefropatycznej z towarzyszącym odkładaniem się kryształków cystyny w rogówce oka cysteaminą w postaci roztworu kropli do oczu** 1) aktualnie lub w wywiadzie stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej > 1 nmol/mg białka komórkowego;	**1. Dawkowanie cysteaminy w postaci doustnej** Zalecana dawka dobowa cysteaminy u dzieci poniżej 12 lat wynosi 1,3 g/m^2 powierzchni ciała / dobę. U pacjentów powyżej 12 lat i o masie ciała powyżej 50 kg zalecana dawka dobowa 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/m^2 powierzchni ciała/dobę. **2. Dawkowanie cysteaminy w postaci roztworu kropli do oczu** 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.	**1. Badania przy kwalifikacji** 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 (ASPAT, 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 m^2 powierzchni ciała oraz pacjentów po przeszczepie nerki); 5) gazometria krwi żylnej; 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;

2) aktualnie lub w wywiadzie cechy nefropatii (zespół Fanconiego lub białkomocz); 3) zidentyfikowanie kryształków cystyny w badaniu przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym; 4) wiek ≥2 lat. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Leczenie miejscowe cysteaminą w postaci roztworu kropli do oczu może być stosowane jednocześnie z leczeniem systemowym cysteaminą w postaci doustnej. 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. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie nadwrażliwości na cysteaminę lub substancje pomocnicze; 2) wystąpienie objawów nietolerancji na cysteaminę, uniemożliwiające dalsze leczenie; 3) nadwrażliwość na penicylaminę;	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).	13) konsultacja pulmonologiczna z badaniem spirometrycznym u pacjentów > 10 r.ż.; 14) konsultacja okulistyczna (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym); **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Raz na 90 dni:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie kreatyniny, glukozy, cholesterolu, sodu, potasu, chloru, wapnia, fosforu w surowicy krwi na czczo; 3) stężenie kreatyniny, wapnia, magnezu, fosforu w porannej porcji moczu (nie dotyczy pacjentów z GFR<60 ml/min/1,73 m^2 powierzchni ciała oraz pacjentów po przeszczepie nerki); 4) gazometria krwi żylnej; 5) badanie ogólne moczu; 6) ocena parametrów rozwojowych: wysokość, masa ciała, powierzchnia ciała; 7) konsultacja nefrologiczna z oceną eGFR. **2.2. Raz na 180 dni:** 1) stężenie TSH, fT4; 2) konsultacja okulistyczna (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym); 3) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej. **2.3. Raz na 365 dni:** 1) USG jamy brzusznej; 2) konsultacja neurologiczna;

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.

Załącznik B.62.

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**
1. Kryteria włączenia do programu 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 ≥ 18 lat. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach programu lekowego lub w ramach jednorodnych grup pacjentów (JGP)** 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.	**1. Substancja czynna:** immunoglobulina ludzka normalna (Ig) lub immunoglobulina ludzka normalna w podaniu z rekombinowaną hialuronidazą ludzką (Ig+rHuPH20) **2. Sposób podania:** dożylnie (IVIg) lub podskórnie (SCIg, fSCIg) **3. Dawkowanie** 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. **IVIg** (podanie dożylne) - 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. **SCIg** (podanie podskórne) - dawka początkowa od 0,1 do 0,15 g/kg m.c. w ciągu jednego tygodnia, a następnie dawki	**1. Badania przy kwalifikacji** 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 żylnej 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;

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.

3. Określenie czasu leczenia w programie

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;
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;
3) weryfikacja wskazań do dalszej terapii substytucyjnej za pomocą Ig u danego pacjenta jest przeprowadzana raz w roku przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej.

4. Kryteria wyłączenia

1) wystąpienie powikłań, stanowiących bezwzględne przeciwskazanie do substytucyjnego leczenia Ig, stwierdzone przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej

lub

podtrzymujące w regularnych odstępach czasu tak, aby osiągnąć skumulowaną miesięczną dawkę rzędu co najmniej 0,2 g/kg m.c.

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 miedzy infuzjami produktu leczniczego.

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).

Podanie podskórne może mieć miejsce w warunkach domowych. W takiej sytuacji musi zostać rozpoczęte w warunkach szpitalnych, według następującego schematu:

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

10) USG, RTG, TK lub MRI: klatki piersiowej, zatok obocznych nosa lub czołowych, jamy brzusznej (rodzaj badania zależy od wskazań klinicznych);
11) badania wirusologiczne: HBs-antygen oraz diagnostyka HCV i HIV metodą PCR;
12) badanie wirusologiczne EBV metodą PCR w zależności od wskazania klinicznego.

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.

2. Monitorowanie leczenia

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 żylnej 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;

2) negatywna weryfikacja wskazań do dalszej terapii substytucyjnej za pomocą Ig u danego pacjenta przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej lub 3) brak zgody pacjenta lub jego opiekuna prawnego na kontynuację udziału w programie lekowym.	podawania leku, techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia, 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, 5) preparat do podawania podskórnego może być wydany dla celów terapii domowej na okres substytucji nie przekraczający 3 miesięcy.	10) ciśnienie krwi na każdej wizycie; 11) USG, RTG, TK lub MRI: klatki piersiowej, zatok obocznych nosa lub czołowych, jamy brzusznej (rodzaj badania i częstość wykonywania zależą od wskazań klinicznych); 12) badania wirusologiczne: HBs-antygen oraz diagnostyka HCV lub HIV metodą PCR, w zależności od wskazań klinicznych do decyzji lekarza prowadzącego; 13) badanie wirusologiczne EBV metoda PCR w zależności od wskazania klinicznego. **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.

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**
Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** 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 nq/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 przeciwskazań do terapii hormonem wzrostu stwierdzonych na podstawie wyników TK z kontrastem lub MRI okolicy podwzgórzowo- przysadkowej. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.	**1. Dawkowanie** 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.).	**1. Badania przy kwalifikacji** 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 fT_4; 14) pomiar stężenia fT_3; 15) RTG śródręcza 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;

stwierdzone przez okres 3 miesięcy po wstrzymaniu terapii hormonem wzrostu.		2) określenie odsetka glikowanej hemoglobiny HBA1c; 3) pomiar stężenia IGF-1 (w przypadku stwierdzenia podwyższonego stężenia badanie wykonywane co 90 dni); 4) pomiar stężenia TSH; 5) pomiar stężenia fT_4; 6) pomiar stężenia fT_3; 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. **2.3 Co 365 dni** 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: a) badanie dna oka, b) 24-godzinny pomiar ciśnienia tętniczego metodą Holtera; 8) RTG śródręcza, ręki dominującej, z przynasadami kości przedramienia, do oceny wieku kostnego; 9) morfologia krwi z rozmazem;

		10) u świadczeniobiorców poniżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju psychoruchowego; 11) u świadczeniobiorców powyżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego; 12) w przypadku podejrzenia złuszczenia głowy kości udowej: a) USG lub RTG stawów biodrowych, b) TK lub MRI stawów biodrowych, c) konsultacja ortopedyczna; 13) w zależności od potrzeb: 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. **2.4 W przypadku wstrzymania leczenia hormonem wzrostu:** 1) w przypadku wystąpienia objawów pseudo-tumor cerebri: a) konsultacja okulistyczna, b) konsultacja neurologiczna, c) jonogram surowicy krwi, d) obrazowanie ośrodkowego układu

		nerwowego TK z kontrastem lub MRI; 2) w przypadku podwyższonego stężenia IGF-1: a) pomiar stężenia IGF-1 co 90 dni; 3) w przypadku podejrzenia złuszczenia głowy kości udowej: a) USG lub RTG stawów biodrowych, b) TK lub MRI stawów biodrowych, c) konsultacja ortopedyczna. **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 Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.65.

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)		
W ramach części I programu lekowego chorym na ostrą białaczkę limfoblastyczną udostępnia się poniższe terapie: 1) w przypadku niepowodzenia lub nietolerancji wcześniej stosowanych inhibitorów kinazy tyrozynowej BCR-ABL: a) *ponatynibem* (dorośli pacjenci z obecnością genu *BCR-ABL* lub chromosomu Filadelfia), 2) od II lub kolejnej linii leczenia: a) *blinatumomabem* (dzieci i dorośli pacjenci bez obecności chromosomu Filadelfia), b) *inotuzumabem ozogamcyny* (dorośli pacjenci bez względu na obecność chromosomu Filadelfia) 3) w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową (MRD): a) *blinatumomabem* (dorośli pacjenci bez obecności chromosomu Filadelfia), 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 albo 1.3.) dla poszczególnych terapii.	**1. Dawkowanie leków** **1.1. ponatynib** Zalecana dawka początkowa *ponatynibu* wynosi 45 mg podawana doustnie raz na dobę. U pacjenta nietolerującego uprzedniego leczenia inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL lub z opornością i współistniejącym podwyższonym ryzykiem powikłań w układzie sercowo-naczyniowym można stosować dawkę 30 mg lub 15 mg podawaną doustnie raz na dobę. **1.2. blinatumomab** **1.2.1. od II lub kolejnej linii leczenia** Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie), a pomiędzy cyklami występuje 14-dniowy okres bez leczenia. Zalecana dobowa dawka *blinatumomabu* 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	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1. Badania przy kwalifikacji do: terapii ponatynibem, terapii blinatumomabem od II lub kolejnej linii leczenia, lub terapii inotuzumabem ozogamycyny od II lub kolejnej linii leczenia:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badanie cytologiczne szpiku; 3) dodatkowo w przypadku terapii *ponatynibem*: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia trójglicerydów we krwi, f) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego we krwi, g) oznaczenie stężenia cholesterolu HDL we krwi, h) oznaczenie stężenia cholesterolu LDL we krwi; i) badanie molekularne PCR metodą jakościową lub ilościową na obecność genu *BCR-ABL** we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne.

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

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.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii

1.2.1. ponatynib

1) wiek 18 lat i powyżej;
2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;
3) udokumentowana obecność genu *BCR-ABL* lub chromosomu Filadelfia (Ph+);
4) wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków:
   a) brak całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję lub całkowitej remisji cytogenetycznej

niż 45 kg otrzymują dawkę obliczoną w oparciu o pole powierzchni ciała (pc.).

1) Pacjenci o masie ciała <45 kg:

   Cykl 1: *blinatumomab* podawany jest:

   – w dniach 1-7 w dawce 5 µg/m^2 p.c./dobę w ciągłej infuzji (maksymalna dawka dobowa to 9 µg);
   – w dniach 8-28 w dawce 15 µg/m^2 p.c./dobę w ciągłej infuzji (maksymalna dawka dobowa to 28 µg).

   W dniach 29-42 cyklu 1. *blinatumomab* nie jest podawany (14-dniowy okres bez leczenia).

   Cykl 2: *blinatumomab* podawany jest w dniach 1-28 w dawce 15 µg/m^2 p.c./dobę w ciągłej infuzji (maksymalna dawka dobowa to 28 µg).

2) Pacjenci o masie ciała ≥45 kg:

   Cykl 1: *blinatumomab* podawany jest:

   – w dniach 1-7 w dawce 9 µg/dobę w ciągłej infuzji;
   – w dniach 8-28 w dawce 28 µg/dobę w ciągłej infuzji.

   W dniach 29-42 cyklu 1. *blinatumomab* nie jest podawany (14-dniowy okres bez leczenia).

   Cykl 2: *blinatumomab* podawany jest w dniach 1-28 w dawce 28 µg/dobę w ciągłej infuzji.

4) dodatkowo w przypadku terapii *blinatumomabem* u dorosłych i dzieci:
   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:
      – 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;
5) dodatkowo w przypadku terapii *inotuzumabem ozogamcyny*:
   a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
   b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),

po leczeniu konsolidującym remisję lub stwierdzone utrzymywanie się dodatniej mierzalnej choroby resztkowej w badaniu molekularnym po leczeniu konsolidującym remisję, pomimo stosowania *dazatynibu*, lub b) wznowa hematologiczna lub progresja molekularna pomimo stosowania *dazatynibu*, lub c) nietolerancja leczenia *dazatynibem*, uniemożliwiająca jego dalsze stosowanie, stwierdzona na dowolnym etapie leczenia, lub d) udokumentowana obecność mutacji T315I genu *BCR-ABL*, której wystąpienie stwierdzono na dowolnym etapie leczenia. **1.2.2. blinatumomab (II lub kolejna linia leczenia) – dzieci do ukończenia 1. roku życia** 1) wiek do ukończenia 1. roku życia; 2) wrodzona ostra białaczka limfoblastyczna z komórek prekursorowych limfocytów B; 3) ekspresja antygenu CD19 na komórkach białaczkowych; 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 *blinatumomabem*) – nie dotyczy dzieci, u których wystąpiła	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. **1.2.2. w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową** Cykl trwa 28 dni (4 tygodnie), a po nim występuje 14-dniowy okres bez leczenia. Cykl 1: *blinatumomab* podawany jest w dniach 1-28 w dawce 28 µg/dobę w ciągłej infuzji. W dniach 29-42 cyklu 1. *blinatumomab* nie jest podawany (14-dniowy okres bez leczenia). Jeśli po wystąpieniu zdarzenia niepożądanego leczenie przerwano 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 przerwaniem i po przerwaniu 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. **1.3. inotuzumab ozogamycyny** *Inotuzumab ozogamycyny* podawany jest dożylnie w infuzji trwającej 1 godzinę. 1) Pacjenci, u których planowane jest przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych	c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, e) oznaczenie APTT, f) oznaczenie czasu protrombinowego (PT), g) oznaczenie stężenia fibrynogenu, h) badanie immunofenotypowe metodą cytometrii przepływowej w celu określenia odsetka limfoblastów z ekspresją CD22 w szpiku lub krwi, i) badanie histopatologiczne lub cytomorfologiczne lub immunofenotypowe materiału tkankowego innego niż szpik lub krew w celu potwierdzenia obecności komórek białaczkowych z ekspresją CD22, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku lub obecności komórek białaczkowych we krwi, j) badania obrazowe w celu potwierdzenia pozaszpikowych ognisk choroby, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi, **1.2. Badania przy kwalifikacji do terapii blianatumomabem w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową:** 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: a) badanie ogólne i mikroskopowe, a w razie potrzeby badanie immunofenotypowe płynu mózgowo-rdzeniowego, lub b) badania obrazowe OUN.

wznowa i nie jest u nich planowane wykonanie przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych. **1.2.3. blinatumomab (II lub kolejna linia leczenia) – dzieci od ukończonego 1. roku życia** 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 *BCR-ABL* 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: a) brak całkowitej remisji po leczeniu indukującym remisję, niezależnie od linii leczenia, definiowany jako: – odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥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	Leczenie trwa do maksymalnie 3 cykli. <u>Cykl 1</u>: *inotuzumab ozogamycyny* podawany jest w 3 dawkach podzielonych: – w dniu 1. w dawce 0,8 mg/m^2 pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., co odpowiada dawce całkowitej 1,8 mg/m^2 pc./cykl. 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. <u>Cykle 2 i 3</u>: *inotuzumab ozogamycyny* u pacjentów, którzy uzyskali CR lub CRi podawany jest w każdym cyklu: – w dniu 1. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., co odpowiada dawce całkowitej 1,5 mg/m^2 pc./cykl. U pacjentów, którzy nie uzyskali CR lub CRi *inotuzumab ozogamycyny* podawany jest w każdym cyklu: – w dniu 1. w dawce 0,8 mg/m^2 pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., co odpowiada dawce całkowitej 1,8 mg/m^2 pc./cykl.	**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** **2.1. ponatynibem** Badania wykonywane co 2 tygodnie przez pierwszy miesiąc, a następnie do 4 tygodnie: 1) morfologia krwi z rozmazem (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia); 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi; 6) oznaczenie stężenia trójglicerydów we krwi; 7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego we krwi; 8) oznaczenie stężenia cholesterolu HDL we krwi; 9) oznaczenie stężenia cholesterolu LDL we krwi; Badania wskazane w pkt 6-9 wykonuje się tylko u chorych z wyjściowo nieprawidłowym wynikiem. **2.2. blinatumomabem w terapii od II lub kolejnej linii leczenia** Badanie wykonywane po pierwszym i drugim cyklu leczenia: 1) morfologia krwi z rozmazem (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia). Leczenie prowadzone jest (zarówno w przypadku dzieci jak i dorosłych) w warunkach szpitalnych lub domowych. **2.3. inotuzumabem ozogamycyny**

lub

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).

W przypadku takiego pacjenta badania do kwalifikacji powinny zostać wykonane zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego;

7) brak cech aktywnej choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w momencie kwalifikacji do programu;

8) brak przeciwwskazań do przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (w przypadku identyfikacji dawcy i uzyskania całkowitej remisji po leczeniu *blinatumomabem*) – nie dotyczy dzieci, u których nastąpiła wznowa i nie jest u nich planowane wykonanie przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych.

1.2.4. blinatumomab (II lub kolejna linia leczenia) – dorośli

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 białaczkowych;
6) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia;
7) wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków:
   a) brak całkowitej remisji po leczeniu indukującym remisję definiowany jako:

Cykl 2 i 3 trwają po 28 dni, w tym od dnia 21. następuje 7-dniowa przerwa w leczeniu.

2) Pacjenci, u których nie jest planowane przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych

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.

Cykl 1: *inotuzumab ozogamycyny* podawany jest w 3 dawkach podzielonych:

– w dniu 1. w dawce 0,8 mg/m^2 pc.,
– w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., oraz
– w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m^2 pc.,

co odpowiada dawce całkowitej 1,8 mg/m^2 pc./cykl.

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.

Cykle 2 i 3: *inotuzumab ozogamycyny* u pacjentów, którzy uzyskali CR lub CRi podawany jest w każdym cyklu:

– w dniu 1. w dawce 0,5 mg/m^2 pc.,
– w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., oraz
– w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m^2 pc.,

co odpowiada dawce całkowitej 1,5 mg/m^2 pc./cykl. U pacjentów, którzy nie uzyskali

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:

1) morfologia krwi z rozmazem (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia);
2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi.

2.4. blinatumomabem u pacjentów w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową

Badanie wykonane po cyklu leczenia:

1) morfologia krwi z rozmazem (wykonana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia).

Leczenie prowadzone jest warunkach szpitalnych lub domowych.

3. Monitorowanie skuteczności leczenia

Badania pozwalające na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia należy wykonać zgodnie z aktualnymi rekomendacjami.

Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia.

3.1. ponatynibem

Badania wykonywane co 4 tygodnie przez pierwsze dwa miesiące, a następnie co 8-12 tygodni:

– odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5% lub – obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną lub – obecność pozaszpikowych ognisk choroby, lub b) wznowa hematologiczna definiowana jako: – odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5% lub – obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną lub – obecność pozaszpikowych ognisk choroby, po okresie remisji, tj. stanu, w którym żaden w powyższych warunków nie był spełniony, lub 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). W przypadku takiego pacjenta badania do kwalifikacji powinny zostać wykonane zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego; 8) brak cech zajęcia ośrodkowego układu nerwowego (OUN); 9) brak przeciwwskazań do przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (w przypadku	CR lub CRi *inotuzumab ozogamycyny* podawany jest w każdym cyklu: – w dniu 1. w dawce 0,8 mg/m^2 pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., co odpowiada dawce całkowitej 1,8 mg/m^2 pc./cykl. Cykl 2 i 3 trwają po 28 dni, w tym od dnia 21. każdego cyklu następuje 7-dniowa przerwa w leczeniu. Cykle 4-6*: inotuzumab ozogamycyny* podawany jest w każdym cyklu: – w dniu 1. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m^2 pc., co odpowiada dawce całkowitej 1,5 mg/m^2 pc./cykl. Cykle 4-6 trwają po 28 dni, w tym od dnia 21. każdego cyklu następuje 7-dniowa przerwa w leczeniu. **2. Modyfikacja dawkowania, dodatkowe informacje** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz zmniejszania dawki leku zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.	1) badanie cytogenetyczne lub badanie molekularne PCR metodą ilościową na obecność genu *BCR-ABL** we krwi lub szpiku; 2) badanie cytologiczne szpiku. **3.2. blinatumomabem w terapii od II lub kolejnej linii leczenia** Badania wykonywane po pierwszym i drugim cyklu leczenia: 1) badanie immunofenotypowe metodą cytometrii przepływowej w celu określenia odsetka limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku lub krwi; 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); 3) badania obrazowe pozaszpikowych ognisk choroby (jeżeli były stwierdzone w badaniu przy kwalifikacji). **3.3. inotuzumabem ozogamycyny** Badania wykonywane po każdym cyklu leczenia: 1) badanie cytologiczne szpiku; 2) badania obrazowe pozaszpikowych lokalizacji nacieków białaczkowych, jeżeli przy kwalifikacji do leczenia *inotuzumabem ozogamycyny* stwierdzono pozaszpikowe nacieki i były one widoczne w badaniach obrazowych. **3.4. blinatumomabem u pacjentów w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową** Badanie wykonane po cyklu leczenia: 1) morfologia krwi z rozmazem;

identyfikacji dawcy i uzyskania całkowitej remisji po leczeniu *blinatumomabem*) – nie dotyczy chorych, u których wystąpiła wznowa i nie jest u nich planowane wykonanie przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych. **1.2.5. inotuzumab ozogamycyny (II 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.	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}.

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 białaczkowych przy rozpoznaniu; 6) stosowanie uprzednio co najmniej trzech schematów standardowego leczenia ostrej białaczki 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 ≥1000/µl, płytki krwi ≥50 000/µl i stężenie hemoglobiny ≥9 g/dl); 8) obecność mierzalnej choroby resztkowej lub jej nawrót (definiowane jako MRD $\geq 10^{-3}$, tj. MRD ≥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 II 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 II lub kolejnej linii leczenia u dzieci: brak całkowitej remisji po pierwszym cyklu leczenia *blinatumomabem*, definiowany jako: – odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥5% lub – obecność pozaszpikowych ognisk choroby, c) w przypadku terapii *blinatumomabem* stosowanym od II lub kolejnej linii leczenia u dorosłych: brak całkowitej remisji po pierwszym cyklu leczenia definiowany jako: – odsetek komórek blastycznych w szpiku ≥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;		

5) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 6) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, w tym: a) w przypadku stosowania *blinatumomabu* od II lub kolejnej linii leczenia – wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 7 dni, b) w przypadku stosowania *blinatumomabu* u pacjenta w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową – wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 14 dni; 7) okres ciąży lub karmienia piersią zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 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.		
II. LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ BIAŁACZKĘ LIMFOBLASTYCZNĄ Z KOMÓREK B (ICD-10: C91.0) – Terapia CAR-T		
W ramach części II. programu lekowego chorym na oporną lub nawrotową ostrą białaczkę limfoblastyczną udostępnia się terapię CAR-T z zastosowaniem *tisagenlecleucelu*, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T w leczeniu chorych na ostrą białaczkę	**1. Dawkowanie leku** Schemat dawkowania *tisagenlecleucelu* zgodnie zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla *tisagenlecleucelu*. Chemioterapię limfodeplecyjną należy stosować zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla *tisagenlecleucelu*. Przed podaniem *tisagenlecleucelu* zaleca się zastosowanie premedykacji zgodnie z zapisami	**1. Badania** **1.1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie fizykalne i ocena objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego; 2) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 3) ocena funkcji wątroby, tj.: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),

limfoblastyczną powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta.

1) rozpoznanie ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B;
2) wiek od 0 do 25 lat (włącznie);
3) stan sprawności ≥50 według skali Karnofsky'ego (wiek ≥16 lat) lub Lansky'ego (wiek <16 lat);
4) przewidywany czas przeżycia pacjenta co najmniej 12 tygodni od momentu kwalifikacji do programu;
5) spełnienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów:
   a) drugi lub kolejny nawrót;

   lub

   b) nawrót po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) i po co najmniej 4 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,

aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla tego produktu.

Tisagenlecleucel 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 *tisagenlecleucelem*.

2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania, przechowywania, przygotowania i usuwania produktu leczniczego

Postępowanie zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla *tisagenlecleucelu*.

   b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),

   c) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;
4) ocena funkcji nerek, tj.:
   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 anty-HIV w surowicy);
10) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu B (HBsAg, anty-HBc, anty-HBs – w przypadku dodatnich anty-HBc wykonać HBV DNA);
11) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu C (anty-HCV, HCV RNA – w przypadku dodatnich anty-HCV);
12) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi:
   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);

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; 6) prawidłowa funkcja nerek (klirens kreatyniny powyżej 60 ml/min/1,73 m^2 albo stężenie kreatyniny w surowicy w normie według wieku i płci); 7) aktywność aminotransferazy alaninowej ≤5 razy powyżej górnej granicy normy dla wieku; 8) stężenie bilirubiny <2,0 mg/dl; 9) funkcja skurczowa lewej komory ≥28% potwierdzona przez echokardiogram lub frakcja wyrzutowa lewej komory ≥45% potwierdzona za pomocą echokardiogramu. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie** U chorych można zastosować jedno przetoczenie CAR-T (tj. jedno podanie tisagenlecleucelu). Maksymalny czas opieki w ramach programu lekowego wynosi 12 miesięcy od dnia podania CAR-T. **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;		15) ocena LVEF wykonana metodą ECHO/MUGA. **1.2. Badania bezpośrednio przed podaniem tisagenlecleucelu:** 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 *tisagenlecleucelu* (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** 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,

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: cyklofosfamid i fludarabina albo cytarabina i etopozyd; 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). **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie nieodwracalnych, bezwzględnych przeciwwskazań do podania *tisagenlecleucelu*.		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 fibrynogenu, 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 aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 8) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi;

		9) oznaczenie stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 10) oznaczenie stężenia elektrolitów. Badania wskazane w pkt 4-10 wykonuje się co najmniej 2 razy w tygodniu w ciągu pierwszych 2 tygodni od podania *tisagenlecleucelu*, a następnie w zależności od sytuacji klinicznej. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** **3.1.** Badania wykonywane w pierwszym roku od podania *tisagenlecleucelu* 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 *tisagenlecleucelu* co 3 miesiące: 1) ocena cytologiczna, cytometryczna lub molekularna aspiratu szpiku kostnego lub nacieku pozaszpikowego; 2) ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach); 3) oznaczenie stężenia immunoglobuliny IgG (w celu ewentualnego leczenia substytucyjnego immunoglobulinami zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla *tisagenlecleucelu*). 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.

		Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi rekomendacjami.
		1. Monitorowanie programu – DOTYCZY KAŻDEJ Z CZĘŚCI 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 lub przez Zespół Koordynacyjny (jeśli dotyczy) dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) całkowita remisja (CR), b) całkowita remisja z obecnością mierzalnej choroby resztkowej (CR MRD+), c) całkowita remisja z ujemną mierzalną chorobą resztkową (CR MRD-), d) nawrót choroby (Rel), e) przeżycie wolne od nawrotu choroby (RFS), f) całkowite przeżycie (OS); 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; 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. *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.

Załącznik B.66.

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		
W ramach części I. programu lekowego udostępnia się poniższe terapie: **1) chorym na ziarniniaka grzybiastego:** a) ***beksaroten w monoterapii,*** b) ***brentuksymab vedotin w monoterapii,*** **2) chorym na zespół Sezary'ego:** a) ***beksaroten w monoterapii,*** **3) chorym na pierwotnie skórnego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL):** a) ***brentuksymab vedotin w monoterapii*** 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. albo 1.3. albo 1.4.) dla poszczególnych terapii. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności według WHO 0-2 (w przypadku kwalifikacji do leczenia beksarotenem dopuszcza się stan sprawności według WHO 3 – jeśli wynika z zaawansowania chłoniaka);	**1. Dawkowanie** **1.1. *beksaroten w monoterapii* – w leczeniu ziarniniaka grzybiastego i w leczeniu zespołu Sezary'ego** Zalecana dawka początkowa bekasrotenu to 300 mg/m^2 pc./dobę. Obliczenie dawki początkowej zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. W ramach programu dopuszczalne jest rozpoczęcie terapii od dawki beksarotenu 150 mg/m^2 p.c./dobę, podawanej przez okres 14 dni, po których należy zwiększyć dawkę do 300 mg/m^2 p.c./dobę **1.2. *brentuksymab vedotin w monoterapii* – w leczeniu ziarniniaka grzybiastego i w leczeniu pierwotnie skórnego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL)**	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie kreatyniny; 3) aktywność AST i ALT, stężenie bilirubiny całkowitej; 4) stężenie glukozy we krwi; 5) określenie TNMB i mSWAT; 6) tomografia komputerowa (TK) klatki piersiowej i jamy brzusznej lub RTG klatki piersiowej i USG jamy brzusznej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją); 7) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 8) badanie immunohistochemiczne na obecność antygenu CD30+ w tkance chłoniaka – w przypadku kwalifikacji do leczenia brentuksymabem vedotin; 9) stężenie TSH oraz fT4, triglicerydy, cholesterol całkowity, frakcja HDL i LDL –

3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 5) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystykę 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 <u>ziarniniaka grzybiastego</u>** **1.2.1. *beksarotenem 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) 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;	Zalecana dawka brentuksymabu vedotin wynosi 1,8 mg/kg mc. podawane we wlewie dożylnym trwającym 30 minut, co 3 tygodnie. **2. Modyfikacja dawkowania leków** Modyfikacja dawkowania zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.	w przypadku kwalifikacji do leczenia beksarotenem; 10) EKG z opisem – w przypadku kwalifikacji do leczenia beksarotenem. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. ziarniniaka grzybiastego lub zespołu Sezary'ego *beksarotenem w monoterapii*** 1) badania wykonywane 2 razy w ciągu pierwszych 30 dni terapii, a następnie 1 raz w każdym kolejnym miesiącu terapii (przy wydawaniu leku): a) morfologia krwi z rozmazem, b) stężenie kreatyniny, c) aktywność AST i ALT, stężenie bilirubiny całkowitej, d) stężenie glukozy we krwi, e) stężenie TSH oraz fT4, f) triglicerydy, cholesterol całkowity, frakcja HDL i LDL; 2) kontrolne badania obrazowe wykonywane w zależności od potrzeb klinicznych; 3) raz na 2 miesiące – wypełnienie skali mSWAT. 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 beksarotenem"* powinno być prowadzone

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. **1.2.2. *brentuksymab vedotin 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) potwierdzona immunohistochemicznie obecność antygenu CD30 w przynajmniej jednej z pobranych biopsji zmian w ziarniniaku grzybiastym; 4) w przypadku stadium choroby: a) IB-IIA spełnienie jednego z poniższych kryteriów: – progresja choroby w trakcie wcześniejszego leczenia systemowego, w tym beksarotenem, potwierdzona w trakcie co najmniej dwóch kolejnych wizyt lekarskich, lub – nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność wcześniejszego leczenia systemowego, w tym beksarotenem, lub – nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym, w tym beksarotenem, b) IIB lub wyższym – nawrót lub progresja choroby, niezależnie od rodzaju wcześniejszego leczenia systemowego; 5) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży w trakcie terapii oraz po zakończeniu leczenia zgodnie z informacjami zawartymi w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.		jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów. **2.2. ziarniniaka grzybiastego lub pierwotnie skórnego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL) *brentuksymabem vedotin w monoterapii*** 1) badania wykonywane przed każdym podaniem leku: a) morfologia krwi z rozmazem, b) stężenie kreatyniny, c) aktywność AST i ALT, stężenie bilirubiny całkowitej, d) stężenie glukozy we krwi; 2) kontrolne badania obrazowe wykonywane w zależności od potrzeb klinicznych; 3) raz na 2 miesiące – wypełnienie skali mSWAT. **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 (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z

1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia <u>zespołu Sezary'ego</u> **1.3.1. *beksarotenu 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. **1.4. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia <u>pierwotnie skórnego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL)</u>** **1.4.1. *brentuksymab vedotin w monoterapii*** 1) potwierdzona badaniem histopatologicznym skóry diagnoza pierwotnie skórnego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL); 2) potwierdzona immunohistochemicznie obecność antygenu CD30 w jednej biopsji zmian w pcALCL; 3) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży w trakcie terapii oraz po zakończeniu leczenia zgodnie z informacjami zawartymi w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.		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. W przypadku pacjentów, o których mowa w kolumnie „Świadczeniobiorcy" w pkt 4.1) nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

1.5. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, 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 – 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) *brentuksymabem vedotin w monoterapii* – leczenie trwa maksymalnie do 16 cykli. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby w trakcie leczenia, przy czym w celu potwierdzenia progresji wymagany jest okres dwumiesięcznej obserwacji; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 3) toksyczność: 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 *beksarotenem w monoterapii*, b) wymagająca przerwania leczenia zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego – w przypadku terapii *brentuksymabem vedotin w monoterapii;* 4) ciąża lub karmienie piersią; 5) pogorszenie stanu pacjenta o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 6) rezygnacja pacjenta.		

4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej – w przypadku terapii *beksarotenem w monoterapii* 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; 2) kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej.; 3) pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu; 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.		
II. LECZENIE CHORYCH NA UKŁADOWEGO CHŁONIAKA ANAPLASTYCZNEGO Z DUŻYCH KOMÓREK (sALCL)		
W ramach części II. programu lekowego chorym na układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL) udostępnia się terapie: **1) w I linii leczenia** a) ***brentuksymab vedotin w skojarzeniu z cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (CHP),*** **2) w II i kolejnych liniach leczenia** a) ***brentuksymab vedotin w monoterapii*.** <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> **1. Kryteria kwalifikacji**	**1. Dawkowanie** **1.1. *brentuksymab vedotin w skojarzeniu z cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (CHP)*** <u>Brentuksymab vedotin</u>: Zalecana dawka wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie. Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie kreatyniny; 3) aktywność AST i ALT, stężenie bilirubiny całkowitej; 4) stężenie glukozy we krwi; 5) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 6) badanie immunohistochemiczne na obecność antygenu CD30+ w tkance chłoniaka;

Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) stan sprawności według WHO 0-2; 2) potwierdzona histologicznie diagnoza układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL); 3) potwierdzona immunohistochemicznie obecność antygenu CD30; 4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego; 5) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 6) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży w trakcie terapii oraz po zakończeniu leczenia zgodnie z informacjami zawartymi w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego; 7) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystykę Produktu Leczniczego; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. **1.2. Kryteria kwalifikacji do I linii leczenia** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) brak wcześniejszego leczenia układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL). **1.3. Kryteria kwalifikacji do II i kolejnych linii leczenia**	Cyklofosfamid: zalecana dawka to 750 mg/m^2 pc. podawana we wlewie dożylnym co 3 tygodnie. Doksorubicyna: zalecana dawka to 50/m^2 pc. podawana we wlewie dożylnym co 3 tygodnie. Prednizon: zalecana dawka to 100 mg podawana doustnie w dniach 1-5 każdego 3-tygodniowego cyklu. Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu. Leczenie może trwać maksymalnie 8 cykli. **1.2. *brentuksymab vedotin w monoterapii*** Dorośli: 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. Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg. Dzieci: Zalecana dawka brentuksymabu vedotin u pacjentów w wieku poniżej 18 roku życia wynosi 1,8 mg/kg podawana we wlewie	7) badanie obrazowe: tomografia komputerowa (TK) lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK). **2. Monitorowanie leczenia** **2.1.** badania wykonywane przed każdym podaniem leku: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie kreatyniny; 3) aktywność AST i ALT, stężenie bilirubiny całkowitej; 4) stężenie glukozy we krwi. **2.2.** badania pozwalające na ocenę skuteczności leczenia – badania obrazowe TK lub PET/TK zmian opisywanych w badaniu kwalifikującym do programu wykonywane: 1) po 3. lub po 4. cyklu leczenia i po zakończeniu leczenia oraz w razie klinicznego podejrzenia progresji choroby – w przypadku terapii w I 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 II i kolejnych liniach leczenia. Kryteria odpowiedzi na leczenie brentuksymabem vedotin – należy stosować według aktualnych rekomendacji.

1) oporność na leczenie lub nawrót po leczeniu układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL). **1.4.** Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, 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 – 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) *brentuksymabem vedotin w skojarzeniu z cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (CHP)* – leczenie trwa maksymalnie do 8 cykli; 2) *brentuksymabem vedotin w monoterapii* – leczenie trwa maksymalnie do 16 cykli. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) brak skuteczności terapii definiowany jako: a) progresja choroby w trakcie leczenia nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia – w przypadku terapii w I 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 II lub kolejnych liniach leczenia; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 3) toksyczność według WHO powyżej 3;	dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie lub 1,2 mg/kg m.c. (max. 120 mg) co 7 lub 14 dni. Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu. Pacjenci, u których nastąpiła stabilizacja choroby lub poprawa stanu powinni otrzymać maksymalnie do szesnastu cykli leczenia (w ciągu około roku). **2. Modyfikacja dawkowania leków** Modyfikacja dawkowania zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.	**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 (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.

4) pogorszenie stanu pacjenta o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 5) ciąża lub karmienie piersią; 6) rezygnacja pacjenta.		

Załącznik B.67.

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, M33.0, M33.1, M33.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 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. Do programu kwalifikowani są pacjenci z następującymi rozpoznaniami: **1.1. Przewlekła zapalna polineuropatia demielinizacyjna (CIDP)** 1) potwierdzona**:** a) badaniem EMG (wymóg neurografii) co najmniej 4 nerwów, b) badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego; 2) przy braku skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przy występujących przeciwskazaniach do ich stosowania. **1.2. Wieloogniskowa neuropatia ruchowa (MMN)** 1) potwierdzona badaniem EMG (wymóg neurografii) co najmniej 6 nerwów; 2) w przypadku postępującej niesprawności ruchowej**.** **1.3. Miastenia (MG)** przy jednoczesnym wystąpieniu jednego z poniższych punktów: 1) pojemność życiowa niższa lub równa 20ml/kg m.c; 2) retencja CO_2 (ciśnienie parcjalne powyżej 45 mmHg);	**1. Dawkowanie immunoglobuliny dożylnej:** **1.1.** 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. **1.2.** 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. W przypadku terapii podtrzymującej MMN, CIDP i miopatii zapalnych dawkowanie ustala się indywidualnie. **2. Dawkowanie immunoglobuliny podskórnej, posiadającej 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 IVIg z ustaloną dawką w ciągu ostatnich 2 lub 3 podań IVIg:** Leczenie rozpoczyna się 1 tydzień po ostatniej infuzji immunoglobuliny dożylnej. Zalecana dawka podskórna wynosi 0,2 do 0,4 g/kg masy ciała na	**1. Badania przy kwalifikacji:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) AlAT; 3) AspAT; 4) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał; 5) proteinogram; 6) EMG; 7) rezonans magnetyczny; 8) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego; 9) oznaczenie przeciwciał przeciwnowotworowych; 10) oznaczenie przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4); 11) wzrokowe potencjały wywołane; 12) oznaczenie przeciwciał anty-NMDA; 13) konsultacja ginekologiczna u kobiet; 14) inne badania w kierunku procesów nowotworowych. O zestawie badań decyduje lekarz specjalista podczas kwalifikacji do programu w zależności od zespołu klinicznego.

3) spadki saturacji pomimo pełnej suplementacji tlenem SpO_2 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. **1.4. Zespoły paranowotworowe: zespół miasteniczny Lamberta-Eatona, zapalenie układu limbicznego, polineuropatia ruchowa lub ruchowo-czuciowa** udokumentowane co najmniej dwoma z trzech niżej wymienionych badań dodatkowych: 1) badanie przeciwciał przeciwnowotworowych; 2) badanie neurofizjologiczne; 3) rezonans magnetyczny; 4) przy braku skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przy występujących przeciwskazaniach do ich stosowania. **1.5. Miopatie zapalne: zapalenie skórno-mięśniowe oraz zapalenie wielomięśniowe** w przypadku nieskutecznego leczenia kortykosteroidami. **1.6. Zespół Guillain-Barre** w przypadku wystąpienia jednego z poniższych objawów: 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.	tydzień. Początkowa dawka podskórna może być zamieniana w skali 1:1 z poprzednią dawką immunoglobuliny dożylnej (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 mc. na tydzień. 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: 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	**2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Badania przeprowadzane przed pierwszym podaniem immunoglobuliny dożylnej:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej; 3) oznaczenie aktywności AlAT, 4) oznaczenie aktywności AspAT; 5) proteinogram; 6) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał. **2.2. Badania przeprowadzane przed kolejnym podaniem immunoglobuliny dożylnej:** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej; 3) oznaczenie aktywności AlAT, 4) oznaczenie aktywności AspAT; oraz 5) inne indywidualnie ustalone przez lekarza. **2.3.** W przypadku **leczenia podtrzymującego CIDP immunoglobuliną podskórną** 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. 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej; 3) oznaczenie aktywności AlAT, 4) oznaczenie aktywności AspAT;

1.7. Choroba Devica (NMO) 1) potwierdzona wykonaniem: 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. **1.8. Zapalenie mózgu z przeciwciałami przeciw antygenom neuronalnym** 1) potwierdzone wykonaniem: 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. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu. **3. Kryteria wyłączenia:** 1) nadwrażliwość na immunoglobuliny lub inny składnik preparatu lub 2) nieskuteczność leczenia definiowana jako progresja choroby potwierdzona badaniami klinicznymi lub neurofizjologicznymi pomimo zastosowania trzech cykli leczenia. W przypadkach wyjątkowych, w których pomimo stwierdzenia obecności przeciwciał przeciwko IgA zachodzi bezwzględna konieczność leczenia immunoglobulinami terapia powinna być prowadzona w Oddziale Intensywnej Terapii.	podjąć w przypadku ich wystąpienia, d) pacjent otrzymuje immunoglobulinę podskórną wraz z niezbędnym sprzętem medycznym umożliwiającym podanie preparatu i środkami zabezpieczającymi jałowość procedury w ośrodku prowadzącym terapię danego pacjenta, e) immunoglobulina podskórna może być wydana dla celów terapii domowej na okres substytucji nie przekraczający 3 miesięcy.	oraz 5) 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) 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.

Załącznik B.70.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBAMI SIATKÓWKI (ICD-10: 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 PLAMKI ZWIĄZANYM Z WIEKIEM (AMD)		
1. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem afliberceptem Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Każdorazowo pacjenta do podania kolejnej dawki leku kwalifikuje lekarz prowadzący. **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) obecność aktywnej (pierwotnej lub wtórnej), klasycznej, ukrytej lub mieszanej neowaskularyzacji podsiatkówkowej (CNV) zajmującej ponad 50% zmiany w przebiegu AMD potwierdzona w OCT (optycznej koherentnej tomografii) i angiografii fluoresceinowej lub badaniu angio-OCT; 2) wiek powyżej 45. roku życia; 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 doszklistkowych; 6) brak dominującego zaniku geograficznego;	**1. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem afliberceptem** **1.1. Dawkowanie afliberceptu** 1) zalecana dawka afliberceptu wynosi 2 mg, co odpowiada 50 mikrolitrom roztworu (0,05ml) na jedno wstrzyknięcie doszklistkowe; 2) leczenie afliberceptem rozpoczyna się od jednego wstrzyknięcia na miesiąc (tj. w odstępach co najmniej 28 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) przez trzy kolejne miesiące, następnie odstęp pomiędzy dawkami wydłuża się do dwóch miesięcy; 3) na podstawie oceny przez lekarza parametrów wzrokowych i/lub anatomicznych odstęp pomiędzy dawkami po fazie nasycenia może pozostać dwumiesięczny lub może zostać bardziej wydłużony według schematu dawkowania „treat-and-extend” („lecz i wydłużaj”), w którym odstępy pomiędzy kolejnymi dawkami wydłuża się o 2 lub 4	**1. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem afliberceptem** **1.1. Badania przy kwalifikacji** 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) w przypadku ponownej kwalifikacji po wyłączeniu pacjenta z programu z powodu

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). Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **1.2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów lub w programie leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), którzy zostali wyłączeni z programu (ponowna kwalifikacja), lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt. 8 kryteriów wyłączenia oraz którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszklistkowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego: a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B84 - Małe zabiegi witreoretinalne lub b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - 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. **1.3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.	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; 4) w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli wcześniej leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszklistkowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego: a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B84 - Małe zabiegi witreoretinalne lub b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent. **2. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem ranibizumabem** **2.1. Dawkowanie ranibizumabu** 1) zalecana dawka ranibizumabu wynosi 0,5 mg, co odpowiada 50 mikrolitrom roztworu (0,05 ml) na jedno wstrzyknięcie doszklistkowe;	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. **1.2. Monitorowanie leczenia** 1) badania przeprowadzane przed każdym podaniem aflibercептu (w dniu podania leku lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem) zgodnie z harmonogramem dawkowania: a) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS, b) OCT (optyczna koherentna tomografia), c) opcjonalnie - fotografia dna oka, d) opcjonalnie - angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa). Nie ma wymogu monitorowania pomiędzy wstrzyknięciami. Na podstawie opinii lekarza harmonogram monitorowania może być częstszy niż harmonogram wstrzyknięć. **2. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem ranibizumabem** **2.1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) OCT (optyczna koherentna tomografia);

1.4. Kryteria wyłączenia

1) nadwrażliwość na aflibercept 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 plamce 3. lub 4. stopnia;
7) progresja choroby definiowana jako:
   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

   lub

   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);
8) brak aktywnego leczenia w postaci podawania iniekcji afliberceptu w okresie 4 miesięcy od podania ostatniej dawki leku;
9) brak współpracy pacjenta z lekarzem prowadzącym (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne).

2. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem ranibizumabem

Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

2) leczenie rozpoczyna się od jednej iniekcji na miesiąc (tj. w odstępach co najmniej 28 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) 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;
3) następnie odstępy pomiędzy podaniem kolejnych dawek oraz częstotliwość wykonywania badań kontrolnych są ustalane przez lekarza prowadzącego i powinny być uzależnione od aktywności choroby, ocenianej na podstawie ostrości wzroku lub parametrów anatomicznych;
4) odstęp pomiędzy wstrzyknięciem dwóch dawek do tego samego oka powinien wynosić co najmniej 4 tygodnie;
5) u pacjentów leczonych według schematu „treat-and-extend" („lecz i wydłużaj") odstępy czasowe pomiędzy dawkami po osiągnięciu maksymalnej ostrości wzroku i (lub) braku cech aktywności choroby można stopniowo wydłużać, aż do wystąpienia cech aktywności choroby lub pogorszenia widzenia. Odstępy między dawkami należy jednorazowo wydłużać o dwa lub cztery tygodnie. Jeśli aktywność choroby nawróci, odstępy pomiędzy dawkami należy odpowiednio skracać;
6) w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli wcześniej
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) 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.

2.2. Monitorowanie leczenia

1) badania przeprowadzane przed każdym podaniem ranibizumabu (w dniu podania leku lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem) zgodnie z harmonogramem dawkowania:
   a) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS,
   b) OCT (optyczna koherentna tomografia),
   c) opcjonalnie - fotografia dna oka,
   d) opcjonalnie - angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z

Każdorazowo pacjenta do podania kolejnej dawki leku kwalifikuje lekarz prowadzący.

2.1. Kryteria kwalifikacji

1) obecność aktywnej (pierwotnej lub wtórnej), klasycznej, ukrytej lub mieszanej neowaskularyzacji podsiatkówkowej (CNV) zajmującej ponad 50% zmiany w przebiegu AMD potwierdzona w OCT (optycznej koherentnej tomografii) i angiografii fluoresceinowej lub badaniu angio-OCT;
2) wiek powyżej 45. roku życia;
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 doszklistkowych;
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).

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

2.2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów lub w programie leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), którzy zostali wyłączeni z programu (ponowna kwalifikacja), lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt. 8 kryteriów wyłączenia oraz którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszklistkowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego:

a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B84 - Małe zabiegi witreoretinalne

lub

b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

- schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent.

3. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem brolucizumabem

3.1. Dawkowanie brolucizumabu

1) zalecana dawka brolucizumabu wynosi 6 mg, co odpowiada 50 mikrolitrom roztworu (0,05ml) na jedno wstrzyknięcie doszklistkowe;
2) leczenie brolucizumabem rozpoczyna się od jednego wstrzyknięcia co 4 tygodnie (miesiąc) (tj. w odstępach co najmniej 28 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) przez trzy kolejne miesiące, a następnie lek podaje się w postaci jednego wstrzyknięcia co 8 tygodni (2 miesiące) (tj. w

diagnostycznego punktu widzenia – angiografia indocyjaninowa).

Nie ma wymogu monitorowania pomiędzy wstrzyknięciami. Na podstawie opinii lekarza harmonogram monitorowania może być częstszy niż harmonogram wstrzyknięć.

3. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem brolucizumabem

3.1. Badania przy kwalifikacji

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 do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki;
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

przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego:

a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B84 - Małe zabiegi witreoretinalne

lub

b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

- 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.

2.3. Określenie czasu leczenia w programie

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

2.4. Kryteria wyłączenia

1) nadwrażliwość na ranibizumab 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 plamce 3. lub 4. stopnia;
7) progresja choroby definiowana jako:
   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

   lub

odstępach co najmniej 56 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu);

3) odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami leku może zostać wydłużony do 12 tygodni (3 miesięcy) (tj. co najmniej 84 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) u pacjentów z brakiem aktywności choroby ocenianej 2 miesiące od serii 3 dawek nasycających leku;
4) lekarz prowadzący może następnie indywidualnie ustalać odstępy pomiędzy dawkami (wydłużać lub skracać minimalnie do 8 tygodni (2 miesiące) (tj. w odstępach co najmniej 56 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) w zależności od aktywności choroby ocenianej na podstawie ostrości wzroku i (lub) parametrów anatomicznych;
5) w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli wcześniej leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszklistkowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego:
   a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B84 - Małe zabiegi witreoretinalne

   lub

   b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Zespołu Koordynacyjnego może poprosić o rozszerzenia badań do pełnego zakresu.

3.2. Monitorowanie leczenia

1) badania przeprowadzane przed każdym podaniem brolucizumabu (w dniu podania leku lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem) zgodnie z harmonogramem dawkowania:
   a) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS,
   b) OCT (optyczna koherentna tomografia),
   c) opcjonalnie - fotografia dna oka,
   d) opcjonalnie - angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa).

Nie ma wymogu monitorowania pomiędzy wstrzyknięciami. Na podstawie opinii lekarza harmonogram monitorowania może być częstszy niż harmonogram wstrzyknięć.

4. Monitorowanie programu

1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych 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, z

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); 8) brak aktywnego leczenia w postaci podawania iniekcji ranibizumabu w okresie 4 miesięcy od podania ostatniej dawki leku; 9) brak współpracy pacjenta z lekarzem prowadzącym (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne). **3. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem brolucizumabem** Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Każdorazowo pacjenta do podania kolejnej dawki leku kwalifikuje lekarz prowadzący. **3.1. Kryteria kwalifikacji** 1) obecność aktywnej (pierwotnej lub wtórnej), klasycznej, ukrytej lub mieszanej neowaskularyzacji podsiatkówkowej (CNV) zajmującej ponad 50% zmiany w przebiegu AMD potwierdzona w OCT (optycznej koherentnej tomografii) i angiografii fluoresceinowej lub badaniu angio-OCT; 2) wiek powyżej 45. roku życia; 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 doszklistkowych; 6) brak dominującego zaniku geograficznego; 7) brak dominującego wylewu krwi;	- schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent. **4. Wstrzymanie podawania leku** Podawanie leku należy odroczyć, jeżeli wystąpi: 1) ciśnienie śródgałkowe ≥ 30 mmHg (utrzymujące się pomimo leczenia); 2) rozerwanie siatkówki; 3) wylew podsiatkówkowy obejmujący centrum dołka siatkówki lub jeśli wielkość wylewu wynosi ≥ 50% całkowitej powierzchni zmiany; 4) przeprowadzenie lub planowanie operacji wewnątrzgałkowej (o długości okresu wstrzymania podawania leku przed lub po operacją decyduje lekarz prowadzący); 5) brak aktywności choroby, tj., gdy nie stwierdza się wzrostu wielkości zmiany, nowych krwotoków lub wysięków, nawet jeżeli stale istnieją torbiele śródsiatkówkowe lub kanaliki oznaczające zmiany przewlekłe (podawanie leku można odroczyć w przypadku aflibercepu – od drugiego roku leczenia, a w przypadku ranibizumabu i brolucizumabu – od pierwszego roku leczenia). O terminie podania kolejnej dawki leku po odroczeniu decyduje lekarz prowadzący – z zastrzeżeniem kryteriów wyłączenia z programu.	częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.

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). Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **3.2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów lub w programie leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), którzy zostali wyłączeni z programu (ponowna kwalifikacja), lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt. 8 kryteriów wyłączenia oraz którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszklistkowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego: a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B84 Małe zabiegi witreoretinalne lub b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - 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. **3.3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3.4. Kryteria wyłączenia**	**5. Zmiana leku podczas leczenia neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem** W przypadku braku skuteczności dotychczasowej terapii lekarz prowadzący może zmienić dotychczas podawany lek (pod 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: a) podanych w ramach programu lekowego – w przypadku pacjentów nowych, b) łącznie – 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. Za brak skuteczności terapii należy uznać: 1) pogorszenie ostrości wzroku w stosunku do wartości przy kwalifikacji do leczenia, przy braku spełnienia kryterium wyłączenia z programu; lub 2) 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 w plamce	

1) nadwrażliwość na brolucizumab 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 plamce 3. lub 4. stopnia; 7) progresja choroby definiowana jako: 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 lub 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); 8) brak aktywnego leczenia w postaci podawania iniekcji brolucizumabu w okresie 4 miesięcy od podania ostatniej dawki leku; 9) brak współpracy pacjenta z lekarzem prowadzącym (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne).	w postaci dominującego bliznowacenia lub zaniku. Schemat dawkowania leku po zmianie ustala lekarz prowadzący.	
B. LECZENIE PACJENTÓW Z CUKRZYCOWYM OBRZĘKIEM PLAMKI (DME)		
1. Leczenie cukrzycowego obrzęku plamki aflibercептem, bewacyzumabem, deksametazonem w postaci implantu oraz ranibizumabem Kwalifikacja do programu lekowego przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego w przypadku, gdy pacjent uprzednio nie był leczony z powodu cukrzycowego obrzęku plamki.	**1. Dawkowanie leków** **1.1. Dawkowanie bewacyzumabu**	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) OCT (optyczna koherentna tomografia);

Leczenie pierwszorazowych pacjentów lub pacjentów leczonych wcześniej nieskutecznie rozpoczyna się od 5 dawek bewacyzumabu.

Pacjenci leczeni uprzednio komercyjnie lub w ramach JGP B84, lub pacjenci leczeni w programie lekowym wymagający zmiany leku mogą być włączeni do programu, lub może być dokonana zmiana leku przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki (powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia) na wniosek lekarza prowadzącego, po wprowadzeniu niezbędnych danych w SMPT i udokumentowaniu otrzymania co najmniej 5 iniekcji anty-VEGF w poprzednim etapie leczenia.

Potwierdzeniem wykonania 5 iniekcji leku anty-VEGF będzie zaświadczenie od lekarza prowadzącego wyszczególniające czas wykonania poszczególnych iniekcji w przypadku pacjentów pierwszorazowych, które wraz z pozostałą dokumentacją medyczną należy złożyć w systemie SMPT do decyzji Zespołu Koordynacyjnego.

W przypadku kontynuacji leczenia należy udokumentować ostatnie dwa lata leczenia w postaci zaświadczenia.

W przypadku braku stosownych zaświadczeń leczenie należy kontynuować w programie traktując pacjenta jako pierwszorazowego lub w kontynuacji leczenia bewacyzumabem.

Każdorazowo pacjenta do podania kolejnej dawki leku kwalifikuje lekarz prowadzący.

1.1. Kryteria kwalifikacji

1) Obecność rozlanego, klinicznie znamiennego obrzęku plamki (DME) z zajęciem dołka w przebiegu cukrzycy (DRT – postać gąbczasta (rozlana), CME - postać torbielowata lub SRD – (postać surowicza);
2) Wiek powyżej 18 roku życia;
3) Najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2-0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS);
4) Zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszklistkowych;
1) Zalecana dawka bewacyzumabu wynosi 1,25 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml) na jedno wstrzyknięcie doszklistkowe;
2) Leczenie bewacyzumabem rozpoczyna się od jednego wstrzyknięcia na miesiąc (tj. w odstępach co najmniej 28 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) przez pięć kolejnych miesięcy, a następnie lek podaje się w postaci jednego wstrzyknięcia co 2 miesiące (tj. w odstępach co najmniej 56 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu); w przypadku wcześniejszego leczenia pacjenta bewacyzumabem poza programem lekowym – schemat leczenia należy dostosować do etapu leczenia, na którym znajduje się pacjent;
3) W przypadku skuteczności leczenia ocenionej według kryteriów opisanych w pkt 1.3 po pierwszych 12 miesiącach leczenia bewacyzumabem 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;
4) Po pierwszych 12 miesiącach leczenia badania kontrolne pacjenta muszą być wykonywane nie rzadziej niż co 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni);
5) Kobiety w wieku rozrodczym powinny stosować skuteczne metody zapobiegania
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 wraz z uzasadnieniem należy opisać w dokumentacji medycznej pacjenta i w rejestrze SMPT do wglądu Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki;
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;
6) Konsultacja diabetologiczna lub lekarza chorób wewnętrznych z wynikiem badania HbA1c i oceną wyrównania ciśnienia tętniczego, funkcji nerek oraz obecność innych powikłań cukrzycy.

2. Monitorowanie leczenia

1) Badania przeprowadzane przed każdym podaniem (w dniu podania leku lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem) zgodnie z harmonogramem dawkowania oraz

5) Stężenie HbAIc ≤ 9% w przypadku kontynuacji leczenia afliberceptem/ranibizumabem lub deksametazonem;
6) Leczenie bawacyzumabem należy rozpocząć bez względu na poziom HbAIc, jeżeli po 5 dawkach bewacyzumabu poziom HbAIc >9% leczenie należy kontynuować tym samym lekiem do momentu osiągnięcia stężenia HbAIc ≤ 9% kiedy można zmienić lek po decyzji Zespołu Koordynacyjnego w przypadku nieskuteczności leczenia;
7) Brak dominującej błony przedsiatkówkowej;
8) Brak aktywnych włóknisto-naczyniowych trakcji, których obkurczenie się mogłoby wpłynąć na odwarstwienie siatkówki lub miało rokowniczo niekorzystny wpływ na leczenie w programie;
9) Brak odwarstwienia siatkówki w przebiegu retinopatii cukrzycowej;
10) Brak krwotoku do ciała szklistego wymagającego leczenia operacyjnego;
11) Brak neowaskularyzacji tęczówki;
12) Brak jaskry neowaskularnej;
13) Uregulowane ciśnienie wewnątrzgałkowego;
14) Brak zaćmy mającej wpływ na monitorowanie skuteczności leczenia w programie;
15) Brak istotnych i trwałych zaburzeń siatkówki w plamce nierokujących poprawy po leczeniu anty- VEGF takich jak:
    a) rozległy zanik fotoreceptorów (w OCT zanik warstw zewnętrznych siatkówki),
    b) DRIL w obszarze poddołkowym,
    c) makulopatia niedokrwienna.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach JGP B84 lub w programie leczenia cukrzycowego obrzęku plamki, którzy zostali wyłączeni z programu (ponowna kwalifikacja) lub u ciąży, zarówno podczas leczenia, jak i w ciągu 3 miesięcy od zakończenia leczenia bewacyzumabem.

1.2. Dawkowanie afliberceptu

1) Zalecana dawka afliberceptu wynosi 2 mg, co odpowiada 50 mikrolitrom roztworu (0,05 ml) na jedno wstrzyknięcie doszklistkowe;
2) Leczenie afliberceptem rozpoczyna się od jednego wstrzyknięcia na miesiąc w pięciu kolejnych dawkach, a następnie podaje się jedno wstrzyknięcie co dwa miesiące;
3) W przypadku skuteczności leczenia ocenionej według kryteriów opisanych w pkt 1.3. po pierwszych 12 miesiącach leczenia afliberceptem w kontynuacji 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;
4) Po pierwszych 12 miesiącach leczenia pacjenta w programie lekowym, badania kontrolne pacjenta muszą być wykonywane nie rzadziej niż co 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni);
5) W przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli wcześniej leczenie DME iniekcjami doszklistkowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF nie rzadziej niż raz na 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni):
    a) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS,
    b) OCT (optyczna koherentna tomografia),
    c) opcjonalnie - fotografia dna oka,
    d) opcjonalnie dla wykazania zmian zaistniałych w przebiegu leczenia - angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa);
2) Konsultacja diabetologiczna lub lekarza chorób wewnętrznych co 6 miesięcy od momentu kwalifikacji do programu.

3. Monitorowanie programu

1) Przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych 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, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom.

świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt. 1.4, gdy przyczyna przerwania terapii trwała dłużej niż 4 miesiące w przypadku bewacyzumabu, afliberceptu, ranibizumabu oraz którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie cukrzycowego obrzęku plamki iniekcjami doszklistkowymi bewacyzumabu, afliberceptu, ranibizumabu lub deksametazonu w postaci implantu: a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w JGP B84 lub b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - 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. **1.3. Określenie czasu leczenia w programie lub zmiana leczenia** 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 ust. 1.4 i 1.5. Po 1 miesiącu i nie później niż 2 miesiące po ostatnim podaniu leku z serii 5 podawanych co miesiąc dawek początkowych odbywa się ocena skuteczności odpowiedzi na terapię. Lekarz prowadzący zgłasza w rejestrze SMPT pacjenta do oceny skuteczności przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki lub wyłącza pacjenta z programu. W przypadku braku zgłoszenia pacjenta do oceny Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki pacjent zostanie wyłączony z programu. Ponownego włączenia do leczenia dokonuje lekarz na podstawie kryteriów włączenia.	lub rekombinowanego białka fuzyjnego: u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent; 6) Kobiety w wieku rozrodczym powinny stosować skuteczne metody zapobiegania ciąży, zarówno podczas leczenia, jak i w ciągu 3 miesięcy od zakończenia leczenia afliberceptem. Schemat dawkowania leku po zmianie ustala lekarz prowadzący. **1.3. Dawkowanie ranibizumabu** 1) Zalecana dawka ranibizumabu wynosi 0,5 mg, co odpowiada 50 mikrolitrom roztworu (0,05 ml) na jedno wstrzyknięcie doszklistkowe; 2) Leczenie rozpoczyna się od jednej iniekcji na miesiąc (tj. w odstępach co najmniej 28 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) 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; 3) Następnie odstępy pomiędzy podaniem kolejnych dawek oraz częstotliwość wykonywania badań kontrolnych są ustalane	

Na podstawie oceny skuteczności Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki podejmuje decyzję w rejestrze SMPT o kontynuacji leczenia bez zmiany leku, kontynuacji ze zmianą leku w programie lub wyłączeniu pacjenta z programu. Kryteria oceny odpowiedzi na terapię obejmują: a) poprawę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) o co najmniej 1 linię na tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS), b) zmniejszenie grubości siatkówki w dołku o ≥20% w stosunku do wartości z badania kwalifikacyjnego (OCT) lub zmniejszenie grubości siatkówki do wartości ≤ 300 µm. Kryteria odpowiedzi muszą być spełnione łącznie. Odpowiedź na terapię musi utrzymywać się do momentu oceny przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki od zaprzestania podawania serii iniekcji początkowych leku. Po 11 zastrzykach Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki oceni zasadność (z uwzględnieniem kryteriów oceny odpowiedzi na terapię) dalszego leczenia pacjenta w programie lekowym. Pacjenta do oceny przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki zgłasza lekarz prowadzący. W przypadku braku zgłoszenia pacjenta do oceny Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki pacjent zostanie wyłączony z programu. Ponownego włączenia do leczenia dokonuje lekarz na podstawie kryteriów włączenia. **1.4. Kryteria przerwania terapii** 1) Czynne zakażenie oka lub jego okolic; 2) Zapalenie wnętrza gałki ocznej; 3) Okres ciąży i karmienia piersią;	przez lekarza prowadzącego i powinny być uzależnione od aktywności choroby, ocenianej na podstawie ostrości wzroku lub parametrów anatomicznych; 4) Odstęp pomiędzy wstrzyknięciem dwóch dawek do tego samego oka powinien wynosić co najmniej 4 tygodnie; 5) W przypadku, gdy odstęp między podaniem kolejnych dawek został ustalony na więcej niż 2 miesiące, badania kontrolne pacjenta muszą być wykonywane nie rzadziej niż co 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni); 6) W przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli wcześniej leczenie DME iniekcjami doszklistkowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego: u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent. Schemat dawkowania leku po zmianie ustala lekarz prowadzący. **1.4. Dawkowanie deksametazonu w postaci implantu** Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. **2. Wstrzymanie podawania leku**	

4) Przedarciowe odwarstwienie siatkówki; 5) Wystąpienie ogólnoustrojowej choroby uniemożliwiającej leczenie; 6) Wystąpienie w trakcie leczenia wskazań do postępowania operacyjnego (witrektomii, jaskry lub operacji zaćmy): a) dominująca błona przedsiatkówkowa, b) obecność aktywnych włóknisto-naczyniowych trakcji, których obkurczenie się mogłoby wpłynąć na wystąpienie odwarstwienia siatkówki, c) odwarstwienie siatkówki w przebiegu retinopatii cukrzycowej, d) krwotok do ciała szklistego wymagający operacji, e) neowaskularyzacja tęczówki, f) jaskra neowaskularna, g) zaćma mająca wpływ na monitorowanie skuteczności leczenia w programie. W przypadku ustąpienia zmian opisanych w pkt 1-6 lekarz prowadzący może (nie później niż 4 miesięcy od przerwania wcześniejszego leczenia) włączyć pacjenta z powrotem do programu (po ponownym spełnieniu kryteriów kwalifikacji do programu). Pacjent, który nie został ponownie zakwalifikowany do programu w ciągu 4 miesięcy od przerwania wcześniejszego leczenia zostaje wyłączony z programu. **1.5. Kryteria wyłączenia z programu** 1) Nadwrażliwość na bewacyzumab, aflibercept, ranibizumab lub deksametazon, lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) Brak współpracy pacjenta z lekarzem prowadzącym (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne); 3) Wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;	Podawanie leku należy odroczyć, jeżeli wystąpi: 1) ciśnienie śródgałkowe ≥ 30 mmHg (utrzymujące się pomimo leczenia); 2) rozerwanie siatkówki; 3) przeprowadzenie lub planowanie operacji wewnątrzgałkowej (o długości okresu wstrzymania podawania leku przed lub po operacją decyduje lekarz prowadzący); 4) brak aktywności choroby. O terminie podania kolejnej dawki leku po odroczeniu decyduje lekarz prowadzący – z zastrzeżeniem kryteriów wyłączenia z programu. **3. Zmiana leku podczas leczenia** Zgodnie z decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki.	

4) Progresja choroby definiowana, jako: 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 lub 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 lub c) rozległy zanik fotoreceptorów (w OCT zanik warstw zewnętrznych siatkówki) lub d) rozwój w przebiegu leczenia DRIL w obszarze poddołkowym lub e) wystąpienie makulopatii niedokrwiennej.		

Załącznik B.71.

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**
1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek ≥ 18 r. ż.; 2) rozpoznanie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C; 3) obecność HCV RNA w surowicy krwi lub w tkance wątrobowej; 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; 5) potwierdzona obecność zakażenia genotypem: a) 1 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z ledipaswirem albo b) 1 lub 4 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii grazoprewirem w skojarzeniu z elbaswirem	**1. Sofosbuwir+ledipaswir i sofosbuwir +welpataswir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednimi aktualnymi na dzień wydania decyzji Charakterystykami Produktów Leczniczych. **2. Grazoprewir+elbaswir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. **3. Glekaprewir+pibrentaswir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. **4. Sofosbuvir+welpataswir+woksyleprewir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) oznaczenie HCV RNA metodą ilościową; 2) morfologia krwi; 3) oznaczenie aktywności AlAT; 4) oznaczenie stężenia albumin; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) czas lub wskaźnik protrombinowy; 7) oznaczenie poziomu kreatyniny; 8) oznaczenie przeciwciał anty-HIV; 9) oznaczenie antygenu HBs; 10) USG jamy brzusznej (jeśli nie było wykonywane w okresie ostatnich 6 miesięcy); 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; 12) oznaczenie genotypu HCV (z podtypem w przypadku genotypu 1) - jeśli nie było wykonywane wcześniej. Przy czym, dopuszczalne jest odstąpienie z oznaczania genotypu w

albo

c) 1,2,3,4,5,6 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z welpataswirem lub glekaprewirem w skojarzeniu z pibrentaswirem

albo

d) 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

e) 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 ledipaswirem lub welpataswirem;
4) konieczność przyjmowania leków mogących obniżać aktywność osoczową sofosbuwiru i ledipaswiru albo sofosbuwiru i welpataswiru, albo sofosbuwiru, welpataswiru i

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, odstąpienie 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,

woksylaprewiru w szczególności silnych induktorów glikoproteiny P w jelitach (o ile dotyczy); 5) ciąża lub karmienie piersią; 6) inne przeciwwskazania do stosowania określone w odpowiednich charakterystykach: a) sofosbuwiru z ledipaswirem lub sofosbuwiru z welpataswirem lub sofosbuwiru z welpataswirem i woksylaprewirem (o ile dotyczy) albo b) grazoprewiru z elbaswirem (o ile dotyczy) albo c) 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.

Załącznik B.73.

LECZENIE NEUROGENNEJ NADREAKTYWNOŚCI WYPIERACZA (ICD-10 N31)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>
1. Kryteria kwalifikacji:
1) wiek: 18 i więcej lat;
2) nietrzymanie moczu z parć naglących;
3) neurogenna nadreaktywność mięśnia wypieracza (NNW) potwierdzona badaniem urodynamicznym wykonanym 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;
4) stan po stabilnym urazie rdzenia kręgowego lub stwardnienie rozsiane;
5) niedostateczne wyniki dotychczasowego leczenia obserwowane przez minimum miesiąc, takie jak:
a) pogorszenie się czynności nerek
lub
b) przetrwałe nietrzymanie moczu z parć naglących,
lub
c) pojawienie się zastoju w górnych drogach moczowych,
lub
d) zwiększenie istniejącego zastoju w górnych drogach moczowych,
lub
</td>
<td>
1. Dawkowanie:

Zalecana dawka inicjująca wynosi 200 jednostek toksyny botulinowej typu A jako 30 iniekcji o objętości 1 ml (~6,7 jednostek) w mięsień wypieracz.

W przypadku dobrego efektu leczniczego należy w leczeniu podtrzymującym stosować podobne dawki leku.

W przypadku braku efektu po podaniu dawki inicjującej należy zwiększyć dawkę do 300 jednostek toksyny botulinowej typu A jako 30 iniekcji o objętości 1 ml (~10 jednostek) w mięsień wypieracz.
</td>
<td>
1. Badania przy kwalifikacji:
1) badanie fizykalne:
a) badanie brzucha,
b) badanie przez pochwę lub per rectum,
c) badanie neurologiczne - ocena segmentów unerwionych przez nerwy z poziomu S2-S4 (czucie skórne w obrębie przedsionka pochwy lub krocza, odruch opuszkowo-jamisty oraz odruchy ścięgniste z kończyn dolnych);
2) badanie ogólne i bakteriologiczne moczu;
3) oznaczenie stężenia kreatyniny;
4) oznaczenie stężenia mocznika;
5) dzienniczek mikcyjny (ilość, objętość, czas mikcji, ilość i natężenie parć naglących z lub bez nietrzymania moczu, ilość przyjmowanych płynów);
6) pomiar objętości moczu zalegającej po mikcji (przy pomocy cewnika, aparatu USG lub aparatu typu Bladder Scan);
7) inne badania urodynamiczne (głównie cystometria) celem potwierdzenia neurogennej nadreaktywności wypieracza – jeśli nie były wykonywane wcześniej.
2. Monitorowanie leczenia:
1) celem wizyt kontrolnych jest:
a) ocena skuteczności,
</td>
</tr>
</table>

e) pojawienie się objawowych, nawracających zakażeń górnych dróg moczowych, lub nietolerancja leczenia antycholinergicznego (należy wypróbować minimum dwa leki antycholinergiczne, każdy przez minimum miesiąc): a) zaburzenia rytmu serca, b) zaburzenia pamięci, c) zaburzenia żołądkowo-jelitowe i połykania, powodujące zaburzenia odżywiania, d) zaburzenia widzenia powodujące istotne upośledzenie wzroku; 6) zgoda pacjenta na konieczność czystego przerywanego cewnikowania (CIC) w razie potrzeby; 7) negatywny wywiad w kierunku nadwrażliwości na kompleks neurotoksyny Clostridium botulinum typu A lub na którykolwiek ze składników produktu; 8) negatywny wywiad w kierunku: a) neuropatii obwodowych, b) zaburzeń przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (myasthenia gravis, miasteniczny zespół Lamberta-Eatona); 9) niestosowanie aminoglikozydów, pochodnych kurary czy innych leków zaburzających przewodnictwo nerwowo-mięśniowe. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **2. Określenie czasu leczenia w programie:** 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, w wyniku braku skuteczności leczenia lub zgodnie z pozostałymi kryteriami wyłączenia;		b) ocena ewentualnych wskazań do wdrożenia samocewnikowania, c) ocena objętości moczu zalegającego po mikcji u pacjentów niecewnikowanych, d) monitorowanie w kierunku ewentualnych zakażeń dróg moczowych; 2) wizyty kontrolne według następującego schematu: a) pierwsza wizyta po 2 tygodniach (lub wcześniej, jeżeli istnieją wskazania), b) kolejne wizyty co 3 miesiące (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. 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.

2) w sytuacji niepowodzenia terapii (pierwszego podania), podanie toksyny botulinowej można powtórzyć, jednakże nie wcześniej niż po 3 miesiącach. W sytuacji niepowodzenia po dwóch kolejnych podaniach toksyny botulinowej, pacjent jest dyskwalifikowany z programu lekowego; 3) w sytuacji powodzenia terapii, podania toksyny botulinowej można powtarzać, jednakże nie częściej niż od 6 do 9 miesięcy. **3. Kryteria wyłączenia z programu:** 1) brak skuteczności leczenia definiowany jako nieuzyskanie zmniejszenia liczby epizodów nietrzymania moczu na tydzień o ≥ 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 podania toksyny botulinowej); 2) nieprowadzenie dzienniczka mikcji; 3) brak zgody lub przeciwwskazania do wykonania czystego przerywanego cewnikowania; 4) nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny Clostridium botulinum typu A lub na którykolwiek ze składników produktu.		

Załącznik B.74.

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**
1. Kryteria kwalifikacji 1) zdiagnozowane oraz udokumentowane przewlekłe zakrzepowo-zatorowe nadciśnienie płucne (CTEPH) wg aktualnej klasyfikacji ESC/ERS, 2) spełnienie jednego z dwóch poniższych kryteriów: 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	Schemat dawkowania riocyguatu zgodny z informacjami zawartymi w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Badania nieinwazyjne: a) ocena klasy czynnościowej według NYHA, b) test 6-minutowego marszu, c) oznaczenie NT-pro-BNP, d) badanie echokardiograficzne. 2) Badania inwazyjne: – 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 żylnej. 3) Badania obrazowe: a) arteriografia tętnic płucnych oraz jedno z trzech niżej wymienionych badań:, a) MRI, b) Angio CT; c) scyntygrafia płuc. W przypadku uczulenia na barwnik stosowany w arteriografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwskazań

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 włącznie 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 przeciwskazania 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 jakiejkolwiek 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 żylnej 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.

Załącznik B.75.

LECZENIE CHORYCH NA AKTYWNĄ POSTAĆ ZIARNINIAKOWATOŚCI Z ZAPALENIEM NACZYŃ (GPA) LUB MIKROSKOPOWE ZAPALENIE NACZYŃ (MPA) (ICD-10: M31.3, M31.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA), powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek 18 lat i więcej; 2) rozpoznanie ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA); 3) ciężka lub uogólniona postać choroby, czyli choroba przebiegająca z zagrożeniem funkcji zajętych narządów lub z zagrożeniem życia; 4) wysoka aktywność choroby (2.1.); 5) nieskuteczność lub przeciwwskazania do standardowej terapii indukującej remisję (2.2.). 6) brak przeciwwskazań do stosowania rytuksymabu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Do programu można zakwalifikować również pacjentów z innymi niż wymienione postaciami ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń lub mikroskopowego zapalenia naczyń, niezależnie od wartości BVAS/WG i poziomu przeciwciał ANCA, które z uwagi na ciężki przebieg choroby	Dawkowanie i sposób podawania **rytuksymabu** – zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. Po indukcji remisji w wyniku stosowania rytuksymabu zalecane jest stosowanie leczenia podtrzymującego remisję. Leczenie podtrzymujące rytuksymabem w ramach programu można rozpocząć po potwierdzeniu adekwatnej odpowiedzi na leczenie indukcyjne rytuksymabem (ocena przeprowadzona po 180 dniach (±14) od rozpoczęcia leczenia indukcyjnego rytuksymabem), jednak nie wcześniej niż 16 tygodni po podaniu ostatniego wlewu leku.	**1. Badania przy kwalifikacji do programu** 1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG; 2) badanie ogólne moczu; 3) dobowa proteinuria (jeśli dotyczy); 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) OB; 6) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 7) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 8) białko C-reaktywne (CRP); 9) kreatynina; 10) eGFR; 11) przeciwciała anty-HCV; 12) przeciwciała anty-HBc; 13) obecność antygenu HBs; 14) przeciwciała anty-HIV; 15) przeciwciała przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA); 16) stężenie immunoglobulin:

grożą znacznym pogorszeniem stanu zdrowia - po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA). **2. Definicje** **2.1. Wysoka aktywność choroby to:** 1) 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 2) 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 większej jak 10 mg na dobę w przeliczeniu na prednizon, która niesie ze sobą duże ryzyko działań niepożądanych. **2.2. Nieskuteczność terapii standardowej to:** 1) brak poprawy definiowanej jako zmniejszenie aktywności choroby w skali BVAS/WG o co najmniej 50% po 3 miesiącach standardowego leczenia indukcyjnego lub 2) utrzymywanie się aktywnej choroby definiowanej jako obecność co najmniej 1 dużego lub 3 małych objawów aktywnej choroby w skali BVAS/WG po 6 miesiącach standardowego leczenia indukcyjnego lub 3) wczesny nawrót choroby definiowany jako nawrót dotychczasowych objawów lub wystąpienie nowych potwierdzony wzrostem aktywności choroby w skali BVAS/WG ≥ 3 w trakcie		a) IgG, b) IgM, c) IgA; 17) EKG; 18) RTG lub TK klatki piersiowej (do 1 miesiąca przed kwalifikacją); 19) Quantiferon w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy. **2. Monitorowanie leczenia rytuksymabem** **2.1. Pacjenta poddaje się ocenie bezpieczeństwa i skuteczności terapii po 90 i 180 dniach (+/- 14 dni) od rozpoczęcia leczenia indukcyjnego rytuksymabem wykonując następujące badania:** 1) badanie ogólne moczu; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 4) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 5) eGFR; 6) kreatynina. **2.2. Oprócz badań wymienionych w pkt 2.1 po 180 dniach (+/- 14 dni) od rozpoczęcia leczenia indukcyjnego rytuksymabem należy wykonać następujące badania:** 1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG; 2) dobowa proteinuria (jeśli dotyczy); 3) OB; 4) białko C-reaktywne (CRP);

pierwszych 6 miesięcy standardowego leczenia podtrzymującego remisję lub 4) częste nawroty choroby definiowane jako przynajmniej jedno zaostrzenie w czasie ostatnich 12 miesięcy standardowego leczenia podtrzymującego, którego nie daje się opanować zwiększeniem dawek leków stosowanych w terapii podtrzymującej do rekomendowanych. **2.3. Standardowe leczenie indukujące remisję to:** 1) cyklofosfamid podawany doustnie w dawce 2 mg/kg/dobę (max. 200 mg/dobę) przez 3-6 miesięcy lub 2) cyklofosfamid podawany dożylnie w pulsach po 0,75 g/m^2 powierzchni ciała co 4 tygodnie przez 6 miesięcy lub 3) cyklofosfamid podawany dożylnie w pulsach 15 mg/kg masy ciała (max. 1,2 g; 3 pulsy co 2 tygodnie, następnie 3-6 pulsów co 3 tygodnie) - w skojarzeniu z odpowiednimi dawkami glikokortykosteroidów. Dawki cyklofosfamidu mogą być odpowiednio zmodyfikowane w przypadku: a) upośledzenia funkcji nerek lub b) wieku > 60 lat lub c) polekowej cytopenii. **2.4. Leczenie podtrzymujące remisję to:**		5) przeciwciała przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA); 6) stężenie immunoglobulin: a) IgG, b) IgM, c) IgA; 7) EKG; 8) RTG klatki piersiowej lub TK klatki piersiowej (do decyzji lekarza). **2.3.** W trakcie leczenia podtrzymującego rytuksymabem pacjenta poddaje się ocenie bezpieczeństwa i skuteczności terapii co 180 dni (+/- 14 dni) od rozpoczęcia leczenia podtrzymującego rytuksymabem wykonując badania opisane w pkt. 2.1 oraz 2.2. **3. Badania przy wznowieniu leczenia rytuksymabem** 1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG; 2) badanie ogólne moczu; 3) dobowa proteinuria (jeśli dotyczy); 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) OB; 6) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 7) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 8) białko C-reaktywne (CRP); 9) kreatynina; 10) eGFR;

1) azatiopryna w dawce 2 mg/kg/dobę lub 2) metotreksat w dawce 25 mg/tydzień lub 3) leflunomid w dawce 20 mg/dobę lub 4) mykofenolan mofetylu w dawce 3 g/dobę lub 5) rutyksymab w leczeniu podtrzymującym należy podawać w dwóch wlewach dożylnych po 500 mg w odstępie dwóch tygodni, po których podaje się wlew dożylny 500 mg co 6 miesięcy. Pacjenci powinni otrzymywać rytuksymab przez co najmniej 24 miesiące po osiągnieciu po osiągnieciu adekwatnej odpowiedzi na leczenie indukcyjne rytuksymabem (brak klinicznych objawów przedmiotowych i podmiotowych). W przypadku pacjentów mogących podlegać większemu ryzyku nawrotu, lekarze powinni rozważyć dłuższy, trwający do 5 lat, czas leczenia podtrzymującego rytuksymabem. - jeśli nie ma przeciwwskazań i zalecane dawki są dobrze tolerowane; w skojarzeniu z małymi dawkami glikokortykosteroidów (prednizon ≤7,5 mg/dobę). **2.5. Przeciwwskazania do standardowej terapii indukującej remisję to:** 1) nadwrażliwość na cyklofosfamid; 2) udokumentowane działania niepożądane cyklofosfamidu; 3) choroby powodujące zastój w drogach żółciowych; 4) czynne zakażenia; 5) ciąża.		11) przeciwciała anty-HCV; 12) obecność antygenu HBs; 13) przeciwciała przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA); 14) stężenie immunoglobulin: a) IgG, b) IgM, c) IgA; 15) EKG; 16) RTG lub TK klatki piersiowej (do 3 miesiąca przed podaniem leku). Na podstawie wyników badań zgromadzonych w SMPT, w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA) dokonuje analizy wskaźników odpowiedzi na leczenie, w tym: – adekwatna odpowiedź na leczenie indukcyjne rytuksymabem – adekwatna odpowiedź na leczenie podtrzymujące rytuksymabem Dane gromadzone są w SMPT i analizowane przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA), który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

2.6. Adekwatna odpowiedź na leczenie to: 1) w przypadku leczenia indukcyjnego rytuksymabem – brak klinicznych objawów aktywnej choroby, definiowany jako BVAS/WG = 0, stwierdzony podczas wizyty monitorującej skuteczność leku po 180 (+/- 14) dniach od rozpoczęcia leczenia indukcyjnego; 2) w przypadku leczenia podtrzymującego rytuksymabem – brak klinicznych objawów aktywnej choroby, definiowany jako BVAS/WG = 0, stwierdzany podczas wizyt monitorujących skuteczność leku co 180 (+/- 14) dni od rozpoczęcia do zakończenia leczenia podtrzymującego rytuksymabem. **3. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów** Do programu włączani są pacjenci, którzy byli uprzednio leczeni rytuksymabem w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP), pod warunkiem, że spełniali kryteria włączenia do programu przed zastosowaniem leku, wykazano w tym czasie skuteczność podawanego leku zgodnie z kryteriami programu i włączenie do programu będzie umożliwiać zachowanie ciągłości leczenia. W przypadku przerwy w leczeniu dłuższej niż 6 miesięcy chory wymaga ponownej kwalifikacji do programu. **4. Kryteria zakończenia leczenia w programie** 1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie indukcyjne rytuksymabem po 180 dniach (±14) od podania; 2) w przypadku skutecznego leczenia indukcyjnego rytuksymabem z następowym leczeniem podtrzymującym lekiem innym niż		**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 (SMPT), w tym wskaźniki odpowiedzi na leczenie, 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.

rytuksymab - uzyskanie adekwatnej odpowiedzi na leczenie po 180 dniach (±14) od rozpoczęcia terapii indukcyjnej rytuksymabem; 3) w przypadku skutecznego leczenia indukcyjnego i podtrzymującego rytuksymabem - uzyskanie adekwatnej odpowiedzi na leczenie indukcyjne rytuksymabem po 180 dniach (±14) od jego rozpoczęcia i utrzymanie adekwatnej odpowiedzi po każdych 180 dniach (±14) od rozpoczęcia do zakończenia leczenia podtrzymującego rytuksymabem; 4) w przypadku skutecznego leczenia indukcyjnego rytuksymabem i nieskutecznego następowego leczenia podtrzymującego rytuksymabem - uzyskanie adekwatnej odpowiedzi na leczenie indukcyjne rytuksymabem po 180 dniach (±14) od jego rozpoczęcia i nawrót aktywnej choroby po okresie remisji, wymagający zastosowania leczenia indukcyjnego, do którego doszło w trakcie terapii podtrzymującej rytuksymabem; 5) pojawienie się przeciwwskazań do stosowania rytuksymabu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. **5. Kryteria wznowienia leczenia pacjentów w programie** 1) pacjent, u którego zakończono leczenie w programie z powodu spełnienia kryteriów adekwatnej odpowiedzi na leczenie indukcyjne lub podtrzymujące rytuksymabem (zgodnie z kryteriami zakończenia leczenia w programie opisanymi w pkt. 4.2 lub pkt 4.3.), a u którego stwierdzono nawrót choroby (wzrost w skali BVAS/WG do wartości co najmniej 3 punktów), może mieć wznowione leczenie w programie bez wstępnej kwalifikacji; 2) pacjent, u którego zakończono leczenie w programie z innych powodów niż spełnienie kryteriów adekwatnej odpowiedzi na leczenie (w tym zgodnie z kryteriami zakończenia leczenia w programie opisanymi w pkt. 4.1. lub 4.4.), u którego stwierdzono		

nawrót choroby (wzrost w skali BVAS/WG do wartości co najmniej 3 punktów) musi przejść ponowną kwalifikację do programu; 3) do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą oraz okresem karmienia piersią.		

Załącznik B.76.

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**
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich 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. **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są pacjenci z potwierdzonym rozpoznaniem tyrozynemii typu 1 (HT-1). **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie nadwrażliwości na nityzynon lub substancję pomocniczą; 2) wystąpienie działań niepożądanych w trakcie stosowania nityzynonu; 3) brak skuteczności leczenia; 4) przeszczepienie wątroby;	**1. Dawkowanie nityzynonu** Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania prowadzone są zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 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;

5) inne przeciwskazania określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 6) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.		22) konsultacja dietetyczna. **2. Monitorowanie leczenia** Monitorowanie terapii należy przeprowadzać co 3-6 miesięcy. U pacjentów zaraz po rozpoznaniu tyrozynemii typu 1 (zwłaszcza niemowląt) monitorowanie leczenia przeprowadzane jest co miesiąc. W ramach monitorowania leczenia wykonywane są następujące badania: 1) oznaczenie bursztynyloacetonu 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.

		W przypadku wystąpienia ryzyka raka wątrobowokomórkowego konieczne jest częstsze monitorowanie wraz z wykonaniem rezonansu magnetycznego jamy brzusznej. **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; 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.

Załącznik B.77.

LECZENIE CHORYCH NA KLASYCZNEGO CHŁONIAKA HODGKINA (ICD-10: C81)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego chorym na opornego lub nawrotowego chłoniaka Hodgkina udostępnia się poniższe terapie: 1) ***brentuksymab vedotin w monoterapii,*** 2) ***niwolumab w monoterapii,*** **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.) dla poszczególnych terapii. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) stan sprawności według ECOG: 0-2; 2) potwierdzony histologicznie klasyczny chłoniak Hodgkina; 3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego; 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 na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego; 6) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w	**1. Dawkowanie** ***1.1. brentuksymab vedotin w monoterapii*** <u>Dorośli:</u> 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. Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg. <u>Dzieci:</u> Zalecana dawka brentuksymabu vedotin 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. Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu. Pacjenci, u których nastąpiła stabilizacja choroby lub poprawa stanu powinni otrzymać maksymalnie do szesnastu cykli leczenia (w ciągu około roku). ***1.2. niwolumab*** <u>Dorośli:</u> Zalecana dawka niwolumabu u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej wynosi 240	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badania laboratoryjne: a) morfologia krwi z rozmazem, b) stężenie kreatyniny, c) stężenie bilirubiny całkowitej, d) AST, ALT, e) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym), f) stężenie glukozy – w przypadku terapii *brentuksymabem vedotin w monoterapii*, g) oznaczenie poziomu TSH – w przypadku terapii *niwolumabem w monoterapii*; 2) badanie obrazowe: tomografia komputerowa (TK) lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK) dokumentująca zmiany: szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej; 3) udokumentowanie obecności antygenu CD30 w tkance chłoniaka badaniem immunohistochemicznym – w przypadku terapii *brentuksymabem vedotin w monoterapii*;

oparciu o aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystykę Produktu Leczniczego; 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji** ***1.2.1. brentuksymab vedotin w monoterapii*** Do leczenia brentuksymabem vedotin w ramach programu kwalifikują się pacjenci spełniający poniższe kryterium 1) albo 2): 1) stwierdzony nawrót lub oporność na leczenie: a) po przeszczepieniu autologicznych komórek macierzystych szpiku (auto-HSCT) lub b) po uprzednim zastosowaniu co najmniej dwóch linii leczenia, w przypadku, gdy auto-HSCT lub wielolekowa chemioterapia nie stanowi opcji leczenia, albo 2) po auto-HSCT ze zwiększonym ryzykiem nawrotu lub progresji choroby, definiowanym jako obecność co najmniej jednego z poniższych czynników ryzyka: a) oporność na pierwszą linię leczenia; b) nawrót do 12 miesięcy od zakończenia pierwszej linii leczenia; c) zajęcie tkanki pozawęzłowej w nawrocie choroby przed auto-HSCT (pierwsza dawka brentuksymabu powinna być podana między 30. a 45. dniem po auto-HSCT). ***1.2.2. niwolumab w monoterapii*** 1) wiek 12 lat i powyżej;	mg podawane we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 2 tygodnie. <u>Dzieci w wieku 12-18 lat:</u> Zalecana dawka niwolumabu wynosi 3mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 2 tygodnie (maksymalnie 240 mg co 2 tygodnie). Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu. Czasowe zawieszenie leczenia niwolumabem jest możliwe zgodnie z opisem w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego. Podawanie niwolumabu można wznowić w przypadku całkowitego ustąpienia działania niepożądanego lub zmniejszenia stopnia nasilenia do stopnia 1. **2. Modyfikacja dawkowania leków** Modyfikacja dawkowania zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.	**2. Monitorowanie leczenia** ***2.1. brentuksymab vedotin w monoterapii:*** **2.1.1.** Badania wykonywane przed każdym podaniem leku: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie kreatyniny; 3) stężenie bilirubiny całkowitej; 4) AST, ALT; 5) stężenie glukozy. **2.1.2. Ocena skuteczności leczenia** Badania wykonywane po 2. i 8. cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby: 1) TK lub PET/TK zmian opisywanych w badaniu kwalifikującym do programu. ***2.2. niwolumab w monoterapii*** **2.2.1.** Badania wykonywane co 6-12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) stężenie kreatyniny; 3) stężenie bilirubiny całkowitej; 4) AST, ALT; 5) oznaczenie poziomu TSH; 6) stężenie sodu, potasu i wapnia. **2.2.2. Ocena skuteczności leczenia**

2) stwierdzony nawrót lub oporność na leczenie po wcześniejszym przeszczepieniu autologicznych komórek macierzystych szpiku (auto-HSCT) oraz po leczeniu brentuksymabem vedotin albo nawrót lub oporność po wcześniejszym leczeniu brentuksymabem vedotin, gdy auto-HSCT nie stanowiło opcji leczenia; 3) brak aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy, bielactwa. **1.3.** Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, 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 – 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) *brentuksymabem vedotin w monoterapii* – leczenie może trwać maksymalnie do 16 cykli podanych w ciągu około roku; U chorych kwalifikowanych do programu według kryterium 1.2.1.1.b) i odpowiadających na leczenie brentuksymabem vedotin, wykonanie auto-HSCT nie wyklucza kontynuacji leczenia brentuksymabem vedotin do sumarycznej liczby 16 cykli. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) progresja choroby podczas leczenia nie wcześniej niż po dwóch cyklach leczenia; 2) nawrót choroby w trakcie trwania leczenia;		Badania pozwalające na ocenę skuteczności leczenia: 1) TK lub PET/TK wykonane po 3 miesiącach leczenia albo wcześniej zależnie od wskazań klinicznych, a u chorych reagujących na leczenie badania obrazowe należy następnie wykonywać co pół roku. <u>Kryteria odpowiedzi na leczenie brentuksymabem vedotin lub niwolumabem – należy stosować według aktualnych rekomendacji</u>. **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 (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.

3) brak częściowej odpowiedzi po 8 cyklach leczenia – w przypadku chorych kwalifikowanych do programu z zastosowaniem brentuksymabu vedotin według kryterium 1.2.1.1. a) lub b); 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 5) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu powyżej 3 według kryteriów CTC (Common Toxity Criteria); 6) ciąża lub karmienie piersią; 7) pogorszenie stanu pacjenta o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 8) rezygnacja pacjenta.		

Załącznik B.79.

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**
W ramach programu lekowego chorym na przewlekłą białaczkę limfocytową udostępnia się poniższe terapie, w pierwszej i kolejnych liniach leczenia, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami: **1) w I linii leczenia:** a) pacjentom z delecją 17p (del17p) / mutacją w genie *TP53* (mut*TP53*) lub niezmutowanym statusem *IgHV:* – *ibrutynib w monoterapii,* albo – *akalabrutynib w monoterapii;* b) pacjentom bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie *TP53* (mut*TP53*): – *obinutuzumab w skojarzeniu z chlorambucylem,* albo – *wenetoklaks w skojarzeniu z obinutuzumabem;* **2) w II i kolejnych liniach leczenia:** a) pacjentom z delecją 17p (del17p) / mutacją w genie *TP53* (mut*TP53*): – *wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem,* – *ibrutynib w monoterapii,* – *akalabrutynib w monoterapii,* – *wenetoklaks w monoterapii;*	**1. Dawkowanie:** **1.1. *ibrutynib w monoterapii*** Zalecana dawka ibrutynibu wynosi 420 mg podawana 1 raz na dobę. **1.2. *akalabrutynib w monoterapii*** Zalecana dawka akalabrutynibu wynosi 100 mg podawana dwa razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 200 mg). Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić około 12 godzin. **1.3. *obinutuzumab w skojarzeniu z chlorambucylem*** Obinutuzumab w cyklu 1.: zalecana dawka to 1000 mg, w dniach 1., 2. (kontynuacja dnia 1.), 8. i 15. pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia. 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	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badania niezbędne do ustalenia rozpoznania przewlekłej białaczki limfocytowej, o ile nie były wykonywane wcześniej: a) badanie na obecność antygenu CD20 (szczególnie przy stosowaniu terapii z przeciwciałami anty-CD20), b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, c) badanie na obecność delecji 17p (del17p) lub mutacji w genie TP53 (mut*TP53*) lub statusu mutacji w genach *IgHV*, zgodnie z kryteriami włączenia do poszczególnych schematów leczenia. Ww. badania należy wykonać, o ile badanie uprzednio wykonane nie wykazało obecności ww. zaburzeń genetycznych, d) ocena wydolności nerek i wątroby (kreatynina, eGFR, kwas moczowy, AST, ALT, bilirubina całkowita, LDH), e) stężenie albumin i czas protrombinowy – w przypadku leczenia ibrutynibem lub akalabrutynibem,

b) pacjentom bez delecji 17p (del17p) / mutacji w genie *TP53* (mut*TP53*):

- *wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem,*
- *ibrutynib w monoterapii,*
- *akalabrutynib w monoterapii*.

1. Kryteria kwalifikacji

Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3.) dla poszczególnych terapii.

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

1) wiek 18 lat i powyżej;
2) stan sprawności według WHO: 0-2;
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 na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego;
6) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub białka mysie lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;
7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
8) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży w trakcie terapii oraz po zakończeniu leczenia zgodnie z informacjami zawartymi w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego;
9) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;
10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne na dzień wydania decyzji Charakterystyki Produktu Leczniczego;

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.

Obinutuzumab w cyklach 2-6.: zalecana dawka to 1000 mg, którą podaje się w dniu 1. każdego cyklu.

Chlorambucyl w cyklach 1-6: zalecana dawka wynosi 0,5 mg/kg mc. w dniach 1. i 15. każdego cyklu.

1.4. *wenetoklaks w skojarzeniu z obinutuzumabem*

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:

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.

Tydzień 5 i kolejne – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce.

f) stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia – w przypadku leczenia *wenetoklaksem w monoterapii* lub wenetoklaksem w połączeniu z przeciwciałem anty-CD20,
g) ocena stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji Rai'a lub Bineta,
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),
i) ocena nasilenia objawów chorób towarzyszących wg skali CIRS;

2) przesiewowe badanie w kierunku obecności wirusowego zapalenia wątroby typu B (w tym HBsAg, HBcAb);
3) przesiewowe badanie w kierunku obecności wirusowego zapalenia wątroby C (w tym na obecność przeciwciał anty-HCV);
4) EKG;
5) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).

2. Monitorowanie leczenia

2.1. *ibrutynib w monoterapii* lub *akalabrutynib w monoterapii*

1) badanie wykonywane 1 raz w miesiącu przez pierwsze 6 miesięcy terapii, a następnie co najmniej 1 raz na 3 miesiące:
   a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;

11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w I linii leczenia** **1.2.1. *ibrutynib w monoterapii*** 1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej; 2) udokumentowana obecność delecji 17p (del17p) / mutacji w genie *TP53* (mut*TP53*) lub niezmutowanego statusu *IgHV*. **1.2.2. *akalabrutynib w monoterapii*** 1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej; 2) udokumentowana obecność delecji 17p (del17p) / mutacji w genie *TP53* (mut*TP53*) lub niezmutowanego statusu *IgHV*. **1.2.3. *obinutuzumab w skojarzeniu z chlorambucylem*** 1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej CD20+; 2) wyniki parametrów: a) CrCl (klirens kreatyniny): > 30ml/min oraz < 70 ml/min lub b) liczba punktów wg skali CIRS > 6; 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; 4) przeciwwskazania (z powodu chorób współistniejących) do leczenia opartego na pełnej dawce fludarabiny. **1.2.4. *wenetoklaks w skojarzeniu z obinutuzumabem***	Wenetoklaks 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 wenetoklaksem należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS). Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych z wysokim ryzykiem wystąpienia TLS, może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia 1. dawki wenetoklaksu w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki. <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. 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 (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	2) badania wykonywane co 3 miesiące: a) aktywność AST, ALT, stężenie bilirubiny całkowitej; 3) zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego okresowe badania: a) stężenia kreatyniny u chorych z zaburzeniami czynności nerek, b) EKG w celu wykrycia migotania przedsionków. Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych. **2.2. *obinutuzumab w skojarzeniu z chlorambucylem*** 1) badania wykonywane przed każdym podaniem leku: a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, b) aktywność AST, ALT, stężenie bilirubiny całkowitej, stężenie kreatyniny, stężenie kwasu moczowego. **2.3. *wenetoklaks w skojarzeniu z obinutuzumabem*** 1) badania wykonywane w trakcie leczenia obinutuzumabem i wenetoklaksem (cykle 1-6) – przed każdym podaniem obinutuzumabu: a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,

1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej CD20+;
2) wyniki parametrów:
   a) CrCl (klirens kreatyniny): > 30ml/min oraz < 70 ml/min
   lub
   b) liczba punktów wg skali CIRS > 6;
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.

1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w II i kolejnych liniach leczenia

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*

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).

1.3.2. *ibrutynib w monoterapii* dla chorych z delecją 17p lub mutacją *TP53* oraz dla chorych bez delecji 17p lub mutacji *TP53*

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).

1.3.3. *akalabrutynib w monoterapii* dla chorych z delecją 17p lub mutacją *TP53*

1) przewlekła białaczka limfocytowa ze stwierdzoną opornością na leczenie lub nawrotem po leczeniu;

pierwszych 100 mg, drugą torebkę z produktem leczniczym należy podać następnego dnia.

Obinutuzumab w cyklach 2-6.: zalecana dawka to 1000 mg, którą podaje się w dniu 1. każdego cyklu.

1.5. *wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem*

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:

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.

Tydzień 5 i kolejne – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce.

Przed rozpoczęciem leczenia wenetoklaksem należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS).

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

   b) aktywność AST, ALT, stężenie bilirubiny całkowitej, stężenie kreatyniny, stężenie kwasu moczowego,
   c) stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia, aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH) (przed rozpoczęciem cykli 3-6);
2) badania wykonywane w trakcie dostosowywania dawki wenetoklaksu (od 22. dnia cyklu 1., a następnie co 1 tydzień przez 5 tygodni):
   a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,
   b) stężenie kreatyniny, stężenie kwasu moczowego, stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia, aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH);
3) badania wykonywanie w cyklach 7-12:
   a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem (przed rozpoczęciem każdego cyklu),
   b) stężenie kreatyniny, stężenie kwasu moczowego, stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia, aktywność AST, ALT, stężenie bilirubiny całkowitej (przed rozpoczęciem cyklu 9 i 12).

Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych.

2.4. *wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem* lub *wenetoklaks w monoterapii*

2) udokumentowana obecność delecji 17p (del17p) / mutacji w genie *TP53* (mut*TP53*).

1.3.4. *wenetoklaks w monoterapii* dla chorych z delecją 17p lub mutacją *TP53*, u których nie powiodło się leczenie ibrutynibem

1) niepowodzenie po leczeniu ibrutynibem;
2) udokumentowana obecność delecji 17p (del17p) / mutacji w genie *TP53* (mut*TP53*).

1.3.5. *akalabrutynib w monoterapii* dla chorych bez delecji 17p lub mutacji *TP53*

1) przewlekła białaczka limfocytowa ze stwierdzoną opornością na leczenie lub nawrotem po leczeniu;
2) spełnienie jednego z poniższych kryteriów:
   a) nawrót/progresja choroby po lub brak odpowiedzi na leczenie z zastosowaniem schematu zawierającego wenetoklaks w skojarzeniu z przeciwciałem anty-CD20,

   lub

   b) przeciwwskazania medyczne do zastosowania schematu zawierającego wenetoklaks w skojarzeniu z przeciwciałem anty-CD20 (tj. niespełnienie odpowiednich kryteriów kwalifikacji do terapii wenetoklaksem z przeciwciałem anty-CD20),

   lub

   c) toksyczność niepozwalająca na kontynuację leczenia wenetoklaksem i przeciwciałem anty-CD20.

1.4. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki.

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/m^2 powierzchni ciała podawanego dożylnie, a następnie 500 mg/m^2 powierzchni ciała w dniu 1. każdego 28-dniowego cyklu, przez w sumie 6 cykli.

1.6. *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.

1) badania wykonywane przed pierwszym podaniem wenetoklaksu oraz każdego tygodnia przez okres dostosowania dawki:
   a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,
   b) stężenie kreatyniny, stężenie kwasu moczowego, stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia;
2) badania wykonywane po okresie dostosowywania dawki wenetoklaksu:
   a) co 1 miesiąc – morfologia krwi obwodowej z rozmazem,
   b) co 3 miesiące – stężenie kreatyniny, stężenie kwasu moczowego, stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia, aktywność AST, ALT, stężenie bilirubiny całkowitej, aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH);
3) jedynie w przypadku terapii *wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem* – EKG wykonywane co 28 dni w okresie leczenia rytuksymabem.

3. Ocena 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):

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 obinutuzmabem* – 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) *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 substancję pomocniczą leku; 3) stwierdzenie nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania zgodnie z zaleceniami odpowiedniej, aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyki Produktu Leczniczego; 4) wystąpienie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii lub ciężkich reakcji skórnych (toksyczna nekroliza naskórka, zespół Stevensa Jonhsona) – w przypadku terapii wenetoklaksem w połączeniu z przeciwciałem anty-CD20;	<u>Tydzień 5 i kolejne</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce. Przed rozpoczęciem leczenia wenetoklaksem należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS). 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. **2. Modyfikacja dawkowania leków** Modyfikacja dawkowania zgodnie z aktualnymi na dzień wydania decyzji Charakterystykami Produktu Leczniczego poszczególnych leków.	1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 2) badania obrazowe: USG jamy brzusznej lub CT klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy (potrzeba wykonania badań obrazowych i ich rodzaj - do decyzji lekarza w zależności od sytuacji klinicznej); 3) biopsja aspiracyjna i trepanobiopsja szpiku przy potwierdzeniu całkowitej remisji lub w przypadku cytopenii o nieokreślonej przyczynie. **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 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.

5) wystąpienie niekontrolowanej autoimmunologicznej anemii hemolitycznej lub immunologicznej trombocytopenii – w przypadku terapii *wenetoklaksem w monoterapii* lub wenetoklaksem w połączeniu z przeciwciałem anty-CD20; 6) ciąża lub karmienie piersią; 7) rezygnacja pacjenta; 8) pogorszenie stanu pacjenta o istotnym znaczeniu według oceny lekarza.		

Załącznik B.81.

LECZENIE CHORYCH NA NOWOTWORY MIELOPROLIFERACYJNE Ph (-) (ICD-10: D45, D47.1)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>W ramach programu lekowego chorym na niżej wskazane nowotwory mieloproliferacyjne Filadelfia ujemne, Ph (-), udostępnia się terapie:
1) chorym na pierwotną mielofibrozę (PMF) lub mielofibrozę w przebiegu czerwienicy prawdziwej (Post-PV MF) lub mielofibrozę w przebiegu nadpłytkowości samoistnej (Post-ET MF):
a) ruksolitynibem (chorzy, którzy nie byli wcześniej leczeni inhibitorami kinazy janusowej),
albo
b) fedratynibem (chorzy, którzy nie byli wcześniej leczeni inhibitorami kinazy janusowej lub byli wcześniej leczeni ruksolitynibem);
2) chorym na czerwienicę prawdziwą (PV):
a) ruksolitynibem (chorzy z opornością lub nietolerancją na leczenie hydroksymocznikiem),
<u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u>

1. Kryteria kwalifikacji
Muszą zostać spełnione łącznie wszystkie kryteria ogólne (1.1.) oraz wszystkie kryteria szczegółowe (z punktu 1.2. albo 1.3.) dla poszczególnej terapii.</td>
<td>1. Dawkowanie leku
1.1. ruksolitynib
1.1.1. w leczeniu chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF
Zalecana dawka początkowa ruksolitynibu 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).
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.
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.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) trepanobiopsja szpiku:
a) w przypadku chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF – jeżeli nie była wykonana w okresie 6 miesięcy przed kwalifikacją (badanie dotyczy chorych, którzy wcześniej nie byli leczeni inhibitorami kinazy janusowej),
b) w przypadku chorych na PV – tylko w uzasadnionych sytuacjach klinicznych;
2) USG jamy brzusznej wraz z oceną wymiarów śledziony;
3) morfologia krwi z rozmazem mikroskopowym;
4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
6) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
8) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);
9) dodatkowo w przypadku chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF – badanie podmiotowe i przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem:
a) oceny wielkości śledziony,</td>
</tr>
</table>

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

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.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia ruksolitynibem lub fedratynibem chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF:

1) rozpoznanie:
   a) pierwotnej mielofibrozy (PMF)
   albo
   b) mielofibrozy w przebiegu czerwienicy prawdziwej (Post-PV MF)
   albo

1.1.2. w leczeniu chorych na PV

Zalecana dawka początkowa *ruksolitynibu* wynosi 10 mg doustnie podawana 2 razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 20 mg).

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.

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.

1.2. fedratynib w leczeniu chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF

Zalecana dawka *fedratynibu* wynosi 400 mg doustnie podawana 1 raz na dobę.

2. Modyfikacja dawkowania leków

Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

   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 nieznanej etiologii (>37,5°C) (≥4 pkt),
      – bóle kostne (≥4 pkt),
      – świąd (≥4 pkt),
      – zmęczenie (≥4 pkt);
10) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia *ruksolitynibem* – badanie przesiewowe w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA);
11) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia *fedratynibem*:
    a) oznaczenie stężenia amylazy,
    b) oznaczenie stężenia lipazy,
    c) oznaczenie stężenia tiaminy.

2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

2.1. ruksolitynibem u chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF oraz u chorych na PV

1) badania wykonywane co 2-4 tygodnie, aż do czasu ustabilizowania dawki *ruksolitynibu*, (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:

c) mielofibrozy w przebiegu nadpłytkowości samoistnej (Post-ET MF) - 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); 2) pacjenci z grupy ryzyka: a) pośredniego – 2 albo b) wysokiego - wg IPSS (ang. International Prognostic Scoring System) dla pacjentów z noworozpoznaną PMF lub wg DIPSS (Dynamic International Prognostic Scoring System); 3) liczba płytek krwi >50 tysięcy/µl; 4) splenomegalia (powiększenie śledziony w badaniu ultrasonograficznym) lub wystąpienie co najmniej 2 z 6 poniżej wymienionych objawów ogólnych ocenianych w skali MPN-SAF TSS: a) poty nocne (≥4 pkt), b) utrata masy ciała (>10% w okresie ostatnich 6 miesięcy) (≥4 pkt), c) gorączka o nieznanej etiologii (>37,5°C) (≥4 pkt), 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,		a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym) (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia), b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi. Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych. **2.2. fedratynibem 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 aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, f) oznaczenie stężenia amylazy, g) oznaczenie stężenia lipazy, 2) badanie do decyzji lekarza (zarówno konieczność jak i częstotliwość wykonania badania) – oznaczenie stężenia tiaminy.

b) *fedratynibem* - brak wcześniejszego leczenia inhibitorami kinazy janusowej lub wcześniejsze leczenie z zastosowaniem *ruksolitynibu*. **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 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;		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 śledziony, 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 nieznanej etiologii (>37,5°C) (≥4 pkt), – bóle kostne (≥4 pkt), – świąd (≥4 pkt), – zmęczenie (≥4 pkt); 2) badanie wykonywane po 6 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia – USG jamy brzusznej wraz z oceną wymiarów śledziony (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 każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia – USG jamy brzusznej wraz z oceną wymiarów śledziony (dotyczy

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 śledziony – 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 śledziony, 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 – 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. każdych 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 krwioupustów lub trwałej normalizacji liczby krwinek		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: 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 śledzionowa, – odpowiedź w zakresie objawów ogólnych, – progresja choroby (PD), b) w przypadku PV:

białych <10 G/l lub płytek krwi ≤ 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. W przypadku kwalifikacji do leczenia *fedratynibem* po wcześniejszym leczeniu *ruksolitynibem* u chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF kryteria wyłączenia są jednocześnie kryteriami zmiany inhibitora kinazy janusowej z *ruksolitynibu* na *fedratynib*, o ile nie stanowią przeciwwskazania do rozpoczęcia leczenia *fedratynibem*.		– 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.

Załącznik B.82.

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**
1. Kryteria kwalifikacji 1.1. Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej. 1.2. Do programu kwalifikuje się pacjentów: 1.2.1. z przewlekłym bólem krzyża trwającym > 3 miesięcy 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 stawów obwodowych lub przyczepów ścięgnistych z rozpoznaniem spondyloatropatii obwodowej na podstawie kryteriów klasyfikacyjnych SpA wg ASAS oraz	**1. Dawkowanie** 1) Certolizumab pegol, etanercept, iksekizumab i sekukinumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii. 2) U pacjentów z zapaleniem stawów obwodowych należy rozważyć stosowanie certolizumabu pegol lub etanerceptu lub iksekizumabu lub sekukinumabu łącznie z metotreksatem lub sulfasalazyną w skutecznych klinicznie i dobrze tolerowanych dawkach.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) oznaczenie antygenu HLA B27 kiedykolwiek w przeszłości; 2) morfologia krwi; 3) płytki krwi (PLT); 4) odczyn Biernackiego (OB); 5) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 6) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 7) stężenie kreatyniny w surowicy; 8) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); 9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 11) obecność antygenu HBs; 12) przeciwciała anty-HCV; 13) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 14) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);

z aktywną i ciężką postacią choroby, która musi być udokumentowana dwukrotnie w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie: 1) 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; 2) przy dominujących objawach ze strony stawów obwodowych (postać obwodowa) pomimo leczenia dwoma syntetycznymi, konwencjonalnymi lekami modyfikującymi postęp choroby: a) sulfasalazyna w dawce 2-3g/dobę lub maksymalnej tolerowanej, b) metotreksat w dawce 25mg/tydzień lub maksymalnej tolerowanej; przez okres minimum 3 miesięcy każdym lub po niepowodzeniu leczenia co najmniej jednym wstrzyknięciem dostawowym glikokortykosteroidów; 3) 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 1.2.2. z ustalonym rozpoznaniem spondyloartropatii osiowej (SpA) bez zmian radiograficznych, wcześniej leczonych biologicznie w programie „Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (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 inhibitorami TNF alfa i którzy obecnie spełniają pozostałe kryteria kwalifikacyjne do niniejszego programu lekowego. 1.3. Aktywną postać choroby stwierdza się, gdy spełnione są poniższe kryteria: 1.3.1. w postaci osiowej przy dominujących objawach ze strony kręgosłupa:		15) EKG z opisem; 16) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych; 17) MR stawów krzyżowo-biodrowych. **2. Monitorowanie leczenia** 1) Po 3 miesiącach (±1 miesiąc) i 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać: a) morfologię krwi; b) odczyn Biernackiego (OB); c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); d) stężenie kreatyniny w surowicy; e) AspAT i AlAT oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (±1 miesiąc). **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 (SMPT) dostępnym za

1) wartość wskaźnika BASDAI ≥ 4 lub ASDAS ≥ 2,1 w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni; 2) ból kręgosłupa ≥ 4 oceniony za pomocą wizualnej skali analogowej VAS od 0 do 10 cm w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni; 3) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej) większa niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm: a) ocena ta powinna być dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi; b) w ocenie eksperta uwzględnia się: – 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 ścięgnistych, zajęcia narządu wzroku z częstymi zaostrzeniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia; c) ocena przez lekarza eksperta jest prowadzona jednokrotnie po drugim pomiarze wartości BASDAI lub ASDAS; 1.3.2. w postaci obwodowej przy dominujących objawach ze strony stawów obwodowych i/lub przyczepów ścięgnistych: 1) liczba obrzękniętych stawów i/lub zapalnie zmienionych przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozcięgien podeszwowych) – co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni		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.

oraz 2) liczba tkliwych stawów i/lub przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozcięgien podeszwowych) – co najmniej 3 łącznie - w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz 3) ogólna ocena aktywności choroby przez pacjenta odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz 4) ogólna ocena aktywności choroby przez lekarza prowadzącego odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz 5) 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: a) obraz kliniczny choroby, b) czynniki ryzyka szybkiej progresji choroby, c) wyniki badania wskaźników ostrej fazy, d) wyniki badań obrazowych, e) status aktywności zawodowej, f) występowanie powikłań narządowych, w tym wtórnej amyloidozy, g) współistnienie zapalenia przyczepów ścięgnistych, zajęcia narządu wzroku z częstymi zaostrzeniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia. 1.4. 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		

biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną. 1.5. W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne. **2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do kwalifikacji do programu** Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS. **3. Adekwatna odpowiedź na leczenie** 3.1. W przypadku postaci osiowej: a) po 3 miesiącach (±1 miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI ≥ 50% lub ≥ 2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub ≥ 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. 3.2. W przypadku postaci obwodowej: a) po 3 miesiącach (±1 miesiąc) terapii zmniejszenie o co najmniej 30% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych 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		

ścięgnistych oraz aktywności choroby wg skali Likerta, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza. **4. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną** 4.1. 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 C lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących. 4.2. W ramach programu lekowego dotyczącego leczenia nieradiograficznej SpA postaci osiowej i obwodowej nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa (certolizumab pegol, etanercept) oraz dwóch inhibitorów IL-17 (sekukinumab, iksekizumab). 4.3. W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie. 4.4. Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem. **5. Kryteria wyłączenia z programu** 5.1. Brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt C. 5.2. Utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt. C stwierdzony w trakcie dwóch wizyt monitorujących. 5.3. Wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną.		

6. Czas leczenia w programie 6.1. Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie. 6.2. W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku. 6.3. 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 C ppkt 1b) lub 2b), 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 (±1 miesiąc) terapii nie jest możliwe. **7. Kryteria ponownego włączenia do programu** 7.1. Pacjent, u którego zakończono leczenie w ramach programu substancją czynną leku biologicznego 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. 7.2. Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby. 7.3. 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.		

Załącznik B.85.

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**
1. Terapia pacjentów nanocząsteczkowym kompleksem paklitakselu z albuminą **1.1. Kryteria kwalifikacji** Do leczenia w pierwszej linii nanocząsteczkowym kompleksem paklitakselu z albuminą w skojarzeniu z gemcytabiną do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający wszystkie niżej wymienione kryteria: 1) rozpoznanie przerzutowego gruczolakoraka trzustki w stadium uogólnienia, potwierdzone histologicznie lub cytologicznie (leczenie nie dotyczy chorych z rozpoznaniem nowotworu wysp trzustkowych); 2) stopień sprawności według skali Karnofsky'ego – 70 lub więcej; 3) wiek 18 lat lub powyżej; 4) wcześniejsze niestosowanie chemioterapii o paliatywnym założeniu (leczenie w sytuacji uogólnienia choroby); 5) brak możliwości zastosowania chemioterapii według schematu FOLFIRINOX; 6) obecność zmian nowotworowych możliwych do zmierzenia; 7) prawidłowe wskaźniki czynności wątroby i nerek:	**1. Terapia pacjentów nanocząsteczkowym kompleksem paklitakselu z albuminą** **1.1. Dawkowanie** Lek zawierający nanocząsteczkowy kompleks paklitakselu z albuminą jest stosowany w skojarzeniu z gemcytabiną. Dawkowanie nanocząsteczkowego kompleksu paklitakselu z albuminą oraz gemcytabiny w leczeniu skojarzonym prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. **2. Terapia olaparybem pacjentów z mutacjami dziedzicznymi w genach BRCA1/BRCA2** **2.1. Dawkowanie** Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego w postaci tabletek. Rozpoczęcie leczenia olaparybem - do 8 tygodni od ostatniej dawki chemioterapii zawierającej związki platyny.	**1. Terapia pacjentów nanocząsteczkowym kompleksem paklitakselu z albuminą** **1.1. Badania przy kwalifikacji** 1) TK brzucha i miednicy; 2) RTG lub TK klatki piersiowej; 3) TK innej lokalizacji, w zależności od umiejscowienia przerzutów; 4) morfologia krwi; 5) poziom AspAT i AlAT; 6) stężenie bilirubiny; 7) stężenie kreatyniny; 8) EKG. Badania przy kwalifikacji winny być wykonywane w okresie nie dalszym niż 2 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia w programie za wyjątkiem badania TK, które może być wykonywane w okresie do 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia w programie.

a) stężenie bilirubiny mniejsze lub równe 1,5 raza górnej granicy wartości prawidłowych, b) stężenie kreatyniny mniejsze lub równe górnej granicy wartości prawidłowych; 8) wartość stężenia hemoglobiny – 10 g/dl lub większa. Do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są pacjenci z przerzutowym gruczolakorakiem trzustki, leczeni *Paclitaxelum albuminatum* w ramach innego sposobu finansowania terapii do czasu zakontraktowania przedmiotowego programu przez oddziały NFZ. **1.2. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do terapii** Do programu nie mogą zostać zakwalifikowani pacjenci w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z następujących kryteriów: 1) liczba neutrofili mniejsza niż 1 500 w mm^3 lub liczba płytek krwi mniejsza niż 100 000 w mm^3; 2) ciąża; 3) laktacja. **1.3. Określenie czasu leczenia** Leczenie w programie trwa do czasu wystąpienia kryteriów zakończenia udziału w programie. Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. **1.4. Kryteria wyłączenia** Z programu wyłączani są pacjenci w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów:		**1.2. Monitorowanie leczenia** 1) przed każdym podaniem leku w programie wykonuje się następujące badania: a) morfologia krwi, b) poziom AspAT i AlAT, c) stężenie bilirubiny, d) stężenie kreatyniny, oraz dokonuje się oceny neurologicznej pacjenta; 2) co 2 cykle leczenia wykonuje się: a) TK brzucha i miednicy lub MR jamy brzusznej, b) RTG lub TK klatki piersiowej, c) TK innej lokalizacji, w zależności od potrzeby klinicznej tj. umiejscowienia zmian przerzutowych, d) w szczególnych, uzasadnionych klinicznie przypadkach, wykonuje się badanie PET/CT; 3) EKG w zależności od wskazań klinicznych. **2. Terapia olaparybem pacjentów z mutacjami dziedzicznymi w genach BRCA1/BRCA2** **2.1. Badania przy kwalifikacji** 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; 2) badanie RTG klatki piersiowej, jeśli TK/MRI (pkt.1) nie obejmowało tej okolicy ciała; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie w surowicy stężenia:

1) progresja zmian mierzalnych ustalona według kryteriów RECIST na podstawie wyników badań obrazowych; 2) brak zadowalającej tolerancji leczenia (obecność niepożądanych działań w stopniach 3. lub 4.) mimo maksymalnego zredukowania dawki nanocząsteczkowego kompleksu paklitakselu z albuminą i gemcytabiny zgodnie z zaleceniami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych, które zostało przeprowadzone w związku z wystąpieniem działań niepożądanych; 3) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. **2. Terapia olaparybem pacjentów z mutacjami dziedzicznymi w genach BRCA1/BRCA2** **2.1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie gruczolakoraka trzustki, potwierdzone histologicznie lub cytologicznie: a) u chorych w stadium rozsiewu poddanych chemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyny lub 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); 2) obecność patogennej lub prawdopodobnie patogennej mutacji dziedzicznej w genach BRCA1/BRCA2 potwierdzone w badaniu NGS(*Next Generation Sequencing*)- jeśli badanie u pacjenta zostało wykonane wcześniej, możliwe jest wykorzystanie badania wykonanego inną metodą niż NGS;		a) kreatyniny, b) bilirubiny; 5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT); 6) inne badania w razie wskazań klinicznych. **2.2. Monitorowanie bezpieczeństwa** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia w surowicy: a) kreatyniny, b) bilirubiny; 3) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT); 4) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się co miesiąc. **2.3. 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

3) odpowiedź całkowita (CR), częściowa (PR) lub stabilizacja choroby (SD) po chemioterapii zawierającej pochodne platyny 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) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem oraz wskaźniki czynności wątroby i nerek umożliwiające leczenie zgodnie z ChPL Lynparza tabletki. 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. **2.2. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do terapii** Do programu nie mogą zostać zakwalifikowani pacjenci z przeciwskazaniami do stosowania olaparybu. **2.3. 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.		przypadku uzasadnionych przesunięć w realizowaniu leczenia. Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z kryteriami RECIST. **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 Narodowy Fundusz Zdrowia.

2.4. Kryteria wyłączenia Z programu wyłączani są pacjenci w przypadku wystąpienia, co najmniej jednego z poniższych kryteriów: 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.		

Załącznik B.86.

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**
Kwalifikacji pacjentów do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich - 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. **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie** Wrodzone zespoły autozapalne: a) okresowe zespoły zależne od kriopiryny (CAPS, ang. Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes), w tym: – noworodkowa zapalna choroba wieloukładowa (NOMID, ang. Neonatal-Onset Multisystem Inflammatory Disease), inna nazwa: przewlekły niemowlęcy zespół neurologiczno-skórno-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);	**1. Dawkowanie** Dawkę anakinry należy dostosować indywidualnie dla danego pacjenta zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1. Badania obowiązkowe** 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. **1.2. Badania opcjonalne, w zależności od wskazań klinicznych lub zgodnie z zaleceniami Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich – Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego** 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: – zespól Schnitzler; d) amyloidoza wtórna, zależna od zmian autozapalnych. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich - 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 Ultrarzadkich - 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 Ultrarzadkich – 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 Ultrarzadkich – 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 stwierdzanych 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.

Załącznik B.87.

LECZENIE IDIOPATYCZNEGO WŁÓKNIENIA PŁUC (ICD-10 J84.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc z zastosowaniem pirfenidonu		
1. Kryteria kwalifikacji **Do leczenia pirfenidonem kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający wszystkie poniższe kryteria:** 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%; **2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie w programie prowadzone jest do czasy spełnienia przez świadczeniobiorcę któregokolwiek kryterium wyłączenia z programu.	**1. Dawkowanie** Sposób dawkowania pirfenidonu oraz ewentualne przerwanie leczenia prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 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. **2. Monitorowanie leczenia** 1) Badania oceniające czynność układu oddechowego i skuteczność leczenia wykonywane co 6 miesięcy; a) Spirometria; b) DLco c) Gazometria krwi lub pulsoksymetria;

3. Kryteria wyłączenia 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 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		2) TKWR klatki piersiowej co 12 miesięcy; 3) Badania oceniające funkcję wątroby w czasie terapii: 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. **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 z zastosowaniem nintedanibu		
1. Kryteria kwalifikacji a) wiek ≥ 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;	**1. Dawkowanie** Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania prowadzone są zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 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 ≥ 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 przeciwskazania 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) przeciwskazania 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;

toksyczności zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego; 6) rezygnacja pacjenta - wycofanie zgody na udział w programie.		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.

Załącznik B.88.

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**
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorych na Raka Podstawnokomórkowego, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W programie finansuje się dwie linie leczenia zaawansowanego raka podstawnokomórkowego skóry (BCC) substancjami: 1) wismodegib; 2) cemiplimab. W pierwszej linii leczenia dostępna jest jedna terapia: 1) leczenie pacjentów z zastosowaniem inhibitora szlaku Hedgehog (wismodegib), u których stwierdzono progresję po radioterapii lub u których występują przeciwskazania do radioterapii. W drugiej linii leczenia dostępna jest jedna terapia:	Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków. **1. Wismodegib** Zalecana dawka wismodegibu wynosi 150 mg, przyjmowana raz na dobę. **2. Cemiplimab** Zalecana dawka cemiplimabu wynosi 350 mg podawana co 3 tygodnie, we wlewie dożylnym trwającym 30 minut.	**1. Badania przy kwalifikacji** 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 podstawnokomórkowy 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 podstawnokomórkowego – w przypadku pacjentów z podejrzeniem przerzutowego raka podstawnokomórkowego; 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 odpowiedz (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).

Załącznik B.89.

LECZENIE EWEROLIMUSEM CHORYCH NA STWARDNIENIE GUZOWATE Z NIEKWALIFIKUJĄCYMI SIĘ DO LECZENIA OPERACYJNEGO GUZAMI PODWYŚCIÓŁKOWYMI OLBRZYMIOKOMÓRKOWYMI (SEGA) ICD-10 Q85.1

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Do leczenia ewerolimusem w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający łącznie następujące kryteria: 1) Stwardnienie guzowate potwierdzone badaniem genetycznym (geny TSC1, TSC2) lub pewne rozpoznanie klinicznie stwardnienia guzowatego według zmodyfikowanych kryteriów diagnostycznych (Northrup H et al. *Pediatr Neurol*. 2013;49:243-54). **Kryteria większe:** 1. angiofibroma twarzy (≥3) lub płaskie włókniaki głowy; 2. atraumatyczne włókniaki okołopaznokciowe (≥2); 3. znamiona bezbarwne (≥3, o średnicy co najmniej 5 mm); 4. ogniska skóry szagrynowej; 5. mnogie hamartoma siatkówki; 6. guzki korowe mózgu (Cortical dysplasias / tubers lub migration lines); 7. guzki podwyściółkowe mózgu; 8. gwiaździak podwyściółkowy olbrzymiokomórkowy	**1. Dawkowanie** Dawkowanie jest ustalane indywidualnie na podstawie obliczonej powierzchni ciała (pc.) za pomocą wzoru Dubois'a, gdzie masa (m) wyrażona jest w kilogramach i wzrost (l) w centymetrach: $pc. = (m^{0,425} \times l^{0,725}) \times 0,007184$ Zalecana dawka początkowa ewerolimusu w leczeniu pacjentów z SEGA wynosi 4,5 mg/m^2 pc. Aby osiągnąć pożądaną dawkę można połączyć różne dawki tabletek produktu leczniczego ewerolimus. Minimalne stężenie ewerolimusu we krwi pełnej należy oceniać po około 2 tygodniach od rozpoczęcia leczenia. Dawkę należy ustalić w taki sposób, aby osiągnąć minimalne stężenie 5 do 15 ng/ml. Dawkę można zwiększyć, aby osiągnąć większe stężenie minimalne w obrębie zakresu docelowego, aby osiągnąć maksymalną skuteczność w zależności od tolerancji.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) Badanie genetyczne – geny TSC1, TSC2 w przypadku gdy rozpoznanie było ustalane na podstawie badania genetycznego. 2) Badanie morfologii krwi z rozmazem. 3) Badania biochemiczne: a) aktywność transaminaz wątrobowych, b) stężenie bilirubiny, c) stężenie kreatyniny, d) stężenie glukozy, e) stężenie lipidów na czczo. 4) Serologiczne markery zakażenia HBV i HCV. 5) Rezonans magnetyczny lub tomografia komputerowa głowy. 6) Test ciążowy wg wskazań i zaleceń lekarza. **2. Monitorowanie leczenia**

(SEGA); 9. mięśniak prążkowanokomórkowy serca (rhabdomyoma); 10. lymphangioleiomyomatoza (LAM - lymphangioleiomyomatosis); 11. naczyniakomięśniakotłuszczaki (angiomyolipoma) nerek. **Kryteria mniejsze:** 1. mnogie ubytki szkliwa (>3); 2. włókniaki jamy ustnej (≥2); 3. hamartoma o pozanerkowej lokalizacji; 4. zmiany w siatkówce oka (retinal achromic patch); 5. plamy na skórze typu „confetti" ; 6. mnogie torbiele nerek. Rozpoznanie stwardnienia guzowatego jest pewne, gdy spełnione są 2 duże kryteria lub 1 duże i ≥ 2 kryteria mniejsze. 2) Obecność przynajmniej jednej zmiany SEGA, potwierdzona w badaniu MRI lub CT, niekwalifikującej się do leczenia chirurgicznego według opinii zespołu złożonego z onkologa i neurochirurga lub neurologa i neurochirurga. 3) Zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według RECIST. Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, są kwalifikowani pacjenci uprzednio leczeni ewerolimusem w ramach innego sposobu finansowania terapii do czasu zakontraktowania przedmiotowego programu przez	Objętość SEGA należy ocenić po około 3 miesiącach leczenia ewerolimusem z uwzględnieniem kolejnych zmian dawki biorąc pod uwagę zmiany objętości SEGA, odpowiednie stężenie minimalne i tolerancję. Jeśli osiągnięto stałą dawkę, u pacjentów ze zmienną powierzchnią ciała minimalne stężenia należy monitorować co 3 do 6 miesięcy, a u pacjentów ze stałą powierzchnią ciała co 6 do 12 miesięcy, przez cały okres leczenia. Sposób podawania: Ewerolimus musi być podawany doustnie, raz na dobę o tej samej porze, z posiłkiem lub bez. Ewerolimus w postaci tabletek połyka się w całości popijając szklanką wody. Tabletek nie wolno żuć ani rozgryzać. Jeżeli pacjent nie jest w stanie połknąć tabletki, lek można całkowicie rozpuścić w szklance z wodą (około 30 ml) mieszając delikatnie, tuż przed przyjęciem leku. Po wypiciu zawiesiny, wszelkie pozostałości muszą być ponownie rozpuszczone w takiej samej ilości wody i następnie wypite. W przypadku pominięcia dawki, nie należy przyjmować dodatkowej dawki, ale przyjąć kolejną dawkę o zwykłej porze. **Zalecenia dotyczące monitorowania stężenia terapeutycznego, dostosowania dawki ewerolimusu i postępowania w przypadku specjalnych grup pacjentów, oraz wystąpienia działań niepożądanych**	1) Badanie głowy metodą rezonansu magnetycznego w 12 i 24 tygodniu oraz w 12-tym miesiącu od rozpoczęcia leczenia, a następnie co każde kolejne 12 miesięcy oraz zawsze w sytuacji podejrzenia progresji choroby. 2) Oznaczenie stężenia ewerolimusu we krwi za pomocą atestowanej metody: po 2 tygodniach leczenia, a następnie po wszelkich zmianach dawki ewerolimusu bądź po rozpoczęciu podawania lub zmianie dawkowania podawanych równocześnie induktorów lub inhibitorów CYP3A4. 3) Co 4 tygodnie leczenia ewerolimusem, począwszy od 4 tygodnia leczenia w pierwszym roku, a następnie co 3 miesiące, począwszy od 12 miesiąca leczenia: a) badanie morfologii krwi z rozmazem, b) podstawowe badania biochemiczne: — aktywność transaminaz wątrobowych, — stężenie bilirubiny, — stężenie kreatyniny, — stężenie glukozy, — lipidogram na czczo. 4) Badanie czynnościowe i RTG płuc w przypadku wystąpienia objawów ze strony dróg oddechowych. 5) Posiew pobranego materiału i/lub badania serologiczne krwi (plwocina, wymaz z jamy ustnej i gardła, wymaz z rany itd.) w przypadku podejrzenia czynnego zakażenia grzybiczego, wirusowego lub bakteryjnego. 6) Oznaczenie poziomu DNA/RNA wirusa zapalenia wątroby

oddziały NFZ. **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** 1) Pacjenci kwalifikujący się wg zespołu złożonego z onkologa i neurochirurga lub neurologa i neurochirurga do zabiegu chirurgicznego związanego z SEGA. 2) Istotne zaburzenia hematologiczne, zaburzenia wątroby lub nerek (poziom aktywności transaminaz >2.5x górna granica normy lub stężenie bilirubiny w osoczu >1.5x górna granica normy lub stężenie kreatyniny w surowicy >1.5x górna granica normy, stężenie hemoglobiny < 9 g/dl, liczba płytek krwi <80 000/mm^3, całkowita liczba neutrofilów <1 000 /mm^3). 3) Trwające lub aktywne zakażenie w chwili włączenia do programu. 4) Chorzy z wirusowym zapaleniem wątroby typu B lub C. 5) Zabieg chirurgiczny (polegający na otwarciu jamy ciała lub wymagający założenia szwów) w ciągu miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie leczenia. 6) Niekontrolowana hiperlipidemia: stężenie cholesterolu na czczo w surowicy >300 mg/dl i stężenie triglicerydów	**oraz specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności zawarte są w Charakterystyce Produktu Leczniczego.**	typu B/C oraz poziomu przeciwciał w przypadku podejrzenia zakażenia lub reaktywacji zakażenia. **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; 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.

na czczo >2.5 x górna granica normy. 7) Niekontrolowana cukrzyca, zdefiniowana jako HbA1c>8g/dl. 8) Chorzy ze stwierdzoną nadwrażliwością na ewerolimus lub inne analogi rapamycyny (syrolimus, temsyrolimus) lub substancje pomocnicze preparatu. 9) Chore w ciąży lub karmiące piersią. 10) Nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria). 11) Progresja choroby w trakcie stosowania leku udokumentowana badaniem MRI głowy wykonywanym w 12 i 24 tygodniu oraz w 12-tym miesiącu od rozpoczęcia leczenia, a następnie co każde kolejne 12 miesięcy oraz zawsze w sytuacji podejrzenia progresji choroby (oceniana według skali RECIST). 12) Wystąpienie w trakcie terapii inwazyjnego zakażenia grzybiczego 13) Brak współpracy w zakresie leczenia ze świadczeniobiorcą lub jego prawnymi opiekunami.		

Załącznik B.90.

LECZENIE ZABURZEŃ MOTORYCZNYCH W PRZEBIEGU ZAAWANSOWANEJ CHOROBY PARKINSONA (ICD-10: G.20)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

1. Kryteria kwalifikacji
Do programu kwalifikuje się świadczeniobiorców spełniających wszystkie poniższe kryteria:
1) rozpoznanie choroby Parkinsona w oparciu o aktualne MDS Clinical Diagnostic Criteria for Parkinson's Disease;
2) czas trwania choroby ≥ 5 lat;
3) wcześniejsze leczenie:
a) w przypadku kwalifikacji do leczenia karbidopą+lewodopą: wyczerpanie możliwości optymalnej terapii farmakologicznej prowadzonej co 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 apomorfiną dotychczasowe stosowanie optymalnego leczenia</td>
<td>1. Dawkowanie
Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w leczeniu z zastosowaniem apomorfiny oraz lewodopy z karbidopą należy prowadzić zgodnie z zapisami właściwych aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) ocena stanu ruchowego (czas spędzany w stanie off/on 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:
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;</td>
</tr>
</table>

farmakologicznego za pomocą doustnych leków przeciw chorobie Parkinsona; 4) łączny czas trwania stanów *off* ≥2 godz. przy jednoczesnej obecności uciążliwych dyskinez szczytu dawki ≥1 godz. w czasie czuwania w ciągu całej doby (występowanie fluktuacji ruchowych i dyskinez oraz czas ich trwania powinny być udokumentowane w dzienniczku Hausera dla 3 kolejnych dni); 5) zachowana dobra odpowiedź na lewodopę (różnica wyniku III części skali MDS UPDRS pomiędzy stanem *off/on* wynosząca co najmniej 30%; można nie uwzględniać punktów dotyczących drżenia); 6) zapewnienie codziennej obecności i pomocy ze strony opiekuna w zakresie obsługi pompy. **2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do kwalifikacji do programu** Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w aktualnych na dzień wydania decyzji Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych substancji czynnych ujętych w programie lekowym. **3. Adekwatna odpowiedź na leczenie** W ciągu pierwszych 6 miesięcy (±1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia redukcja o co najmniej 30% czasu spędzanego w stanie *off/on* z uciążliwymi dyskinezami. **4. Kryteria wyłączenia** 1) w przypadku zastosowania lewodopy z karbidopą, brak potwierdzonej skuteczności leczenia w czasie wstępnego okresu oceny skuteczności, trwającego do 7 dni, podczas		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 lewodopą z karbidopą). **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 apomorfiną); oraz dokonać oceny stanu ruchowego (czas spędzany w stanie *off/on* z uciążliwymi dyskinezami) udokumentowanego w dzienniczku Hausera prowadzonym przez 3 kolejne dni. Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania należy powtarzać po każdych kolejnych 12 miesiącach (±1 miesiąc). 2) nie rzadziej niż raz na 3 miesiące wykonuje się konsultację neurologiczną oraz pielęgniarską, obejmującą m.in. ocenę stanu ruchowego pacjenta oraz korektę dotychczasowego leczenia; 3) nie częściej niż raz na 12 miesięcy wykonuje się w zależności od decyzji lekarza prowadzącego następujące konsultacje: a) konsultację gastroenterologiczną lub chirurgiczną (w przypadku terapii lewodopą z karbidopą);

którego ustala się w ramach hospitalizacji, czy ciągły wlew dojelitowy lewodopy z karbidopą, podawanych w postaci żelu przez sondę nosowo-dwunastniczą lub nosowo-dojelitową, przynosi pożądany efekt kliniczny (definiowany jako redukcję o co najmniej 30% czasu spędzanego w stanie *off/on* z uciążliwymi dyskinezami) oraz ustala się wstępną dawkę leku; 2) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 3; 3) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 3 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 lewodopą z karbidopą); 5) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną; 6) brak możliwości zapewnienia codziennej obecności i pomocy ze strony opiekuna lub brak współpracy pacjenta z opiekunem w zakresie obsługi pompy. **5. Czas leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. **6. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną** Zmiana leczenia na inną, wymienioną w programie substancję czynną, jest możliwa w następujących sytuacjach: 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 3 lub utrata adekwatnej		b) dermatologiczną lub alergologiczną (w przypadku terapii apomorfiną). 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 spędzanego w stanie *off/on* z uciążliwymi dyskinezami w ciągu pierwszych 6 miesięcy (±1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia). Dane gromadzone są w SMPT 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. **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), w tym wskaźniki odpowiedzi na leczenie, 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

odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących; 2) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii. Kwalifikacja pacjenta do kolejnego leku w ramach programu lekowego wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona.		papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.95.

LECZENIE CHORYCH Z ATYPOWYM ZESPOŁEM HEMOLITYCZNO-MOCZNICOWYM (aHUS) (ICD-10: D59.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) *ekulizumabem,* 2) *rawulizumabem,* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Atypowego Zespołu Hemolityczno-mocznicowego powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** **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 rozpoznanym atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym i spełniający łącznie poniższe warunki:** 1) pacjenci z aHUS z następującymi objawami mikroangiopatii zakrzepowej: a) spełnienie jednego z kryteriów: – trombocytopenia oraz hemoliza: liczba płytek <150 x 10^9/L lub > 25% spadek w stosunku do stanu wyjściowego i podwyższone stężenie LDH lub rozpad	**1. Dawkowanie** Dawkowanie ekulizumabu i rawulizumabu zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. 1) ekulizumab - podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta a) dawka początkowa maksymalna to podanie 900 mg, co tydzień przez pierwsze 4 tygodnie, b) dawka podtrzymująca maksymalna to podanie 1200 mg w piątym tygodniu, a następnie dawka 1200 mg co 14 ± 2 dni. 2) rawulizumab - podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta a) dawka nasycająca maksymalna to podanie 3000 mg, b) dawka podtrzymująca maksymalna podana 2 tygodnie po dawce nasycającej to podanie 3600 mg co 8 tygodni. Wydłużenie czasu między dawkami możliwe na podstawie uchwały Zespołu Koordynacyjnego	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1. Ekulizumabem lub rawulizumabem u chorych nie leczonych wcześniej ekulizumabem** 1) aktywność ADAMTS13; u dzieci z obniżonym eGFR można wdrożyć leczenie w oczekiwaniu na wynik badania; 2) badanie STEC (PCR lub hodowla bakteryjna) w pierwszym rzucie choroby; 3) wykonanie badania potwierdzającego lub wykluczającego ciążę (u kobiet w wieku rozrodczym); 4) dehydrogenaza mleczanowa całkowita (LDH); 5) stężenie haptoglobiny (Hp) lub schistocyty; 6) morfologia krwi z rozmazem; 7) badanie ogólne moczu; 8) stężenie kreatyniny i wyliczony eGFR; 9) aminotransferaza asparaginowa (AspAT) i alaninowa (AlAT); 10) badania układu dopełniacza C3, CH50; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 11) badania genetyczne w kierunku przyczyn genetycznych aHUS; leczenie mozna wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 12) przeciwciała anty H; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik;

krwinek czerwonych (obecność schistocytów) lub niskie stężenie haptoglobiny lub anemia hemolityczna, lub – biopsja tkankowa potwierdzająca mikroangiopatię zakrzepową, oraz b) związane z mikroangiopatią zakrzepową uszkodzenie narządów: – zaburzenia czynności nerek potwierdzone poziomem kreatyniny w surowicy >górna granica normy dla wieku, lub – hemodializa, lub – białkomocz/ albuminuria, lub – powikłania pozanerkowe wywołane mikroangiopatią tkankową, takie jak: powikłania sercowo-naczyniowe, lub neurologiczne, lub żołądkowo-jelitowe lub płucne; lub 2) pacjenci z aHUS, u których stosowana jest plazmafereza/przetoczenie osocza; 3) pacjenci z aHUS zakwalifikowani do przeszczepu nerki; 4) u ww. grup pacjentów z aHUS wymagane są wyniki badań: a) aktywność ADAMTS-13 >5%, b) negatywny wynik badania STEC (Shiga-Toxin Escherichia coli) w teście (PCR) lub hodowli bakteryjnej w pierwszym rzucie choroby; 5) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia	pod warunkiem monitorowania skuteczności leczenia przy pomocy oznaczenia CH50.	13) test Coombsa; leczenie można wdrożyć leczenie w oczekiwaniu na wynik; 14) w przypadku występowania u pacjentów: a) objawów neurologicznych – rezonans magnetyczny z angiografią, 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. **1.2. Rawulizumabem u chorych leczonych uprzednio ekulizumabem** 1) wykonanie badania potwierdzającego lub wykluczającego ciążę (u kobiet w wieku rozrodczym); 2) dehydrogenaza mleczanowa całkowita (LDH); 3) stężenie kreatyniny i wyliczony eGFR; 4) badania układu dopełniacza C3, CH50; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 5) w przypadku występowania u pacjentów: a) objawów neurologicznych – rezonans magnetyczny z angiografią, lub

leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw menigokokom - 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 przeciwskazanie 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 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. do leczenia rawulizumabem kwalifikowani są pacjenci leczeni wcześniej ekulizumabem i spełniający łącznie poniższe warunki:**		– 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** **2.1. 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 antyH monitorowanie stężenia p-ciał odbywa się raz na 3 miesiące;

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, czy pacjent ma aktualne szczepienie 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 przeciwskazanie 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 świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia; 2) w pierwszym roku leczenia ośrodek prowadzący występuje do Zespołu Koordynacyjnego z wnioskiem o kontynuację lub		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 każdych 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 podtrzymujacego 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;

czasowe przerwanie leczenia z uzupełnieniem wyników badań układu dopełniacza i badań genetycznych po 6 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po kolejnych 6 miesiącach, 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. **3. Kryteria wyłączenia** 1) brak efektu leczenia ekulizumabem lub rawulizumabem poprzez utrzymywanie się objawów klinicznych lub laboratoryjnych będących podstawą zakwalifikowania		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) morfologia (Hb, liczba płytek). **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;

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.

Załącznik B.96.

LECZENIE CHORYCH Z NOCNĄ NAPADOWĄ HEMOGLOBINURIĄ (PNH) (ICD-10 D59.5)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: *1) ekulizumabem,* *2) rawulizumabem,* *3) pegcetakoplanem,* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Leczenie ekulizumabem** **1.1. Kryteria kwalifikacji** **Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:** 1) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH >1% oznaczonego w badaniu	**Dawkowanie** ekulizumabu, rawulizumabu i pegcetakoplanu zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. Wydłużenie czasu między dawkami lub przerwanie podawania możliwe na podstawie decyzji Zespołu Koordynacyjnego pod warunkiem monitorowania skuteczności leczenia. **1) ekulizumab-** podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego, a) dawka początkowa maksymalna to 600 mg w infuzji dożylnej, co tydzień przez pierwsze 4 tygodnie, b) dawka podtrzymująca maksymalna to 900 mg w infuzji dożylnej w piątym tygodniu, a następnie dawka 900 mg w infuzji dożylnej co 14 ± 2 dni. **2) rawulizumab** - podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego, a) maksymalna dawka nasycająca to 3000 mg podana w infuzji dożylnej, b) maksymalna dawka podtrzymująca to 3600 mg podana w infuzji dożylnej. Pierwszą dawkę	**1. Leczenie ekulizumabem** **1.1. Badania przy kwalifikacji:** 1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod katem 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) odczyn Coombsa; 9) oznaczenie grupy krwi; 10) stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 11) stężenie mocznika w surowicy krwi; 12) aktywność aminotransferazy asparaginoej (AspAT); 13) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT); 14) stężenie bilirubiny całkowitej i bezpośredniej w surowicy krwi; 15) stężenie haptoglobiny (Hp) w surowicy krwi; 16) stężenie sodu w surowicy krwi;

cytometrii przepływowej i co najmniej jeden z poniższych:

a) objawy hemolizy związane z PNH oraz (łącznie):

- aktywnością dehydrogenazy mleczanowej (LDH) ≥1,5 przekraczająca górną granicę normy (GGN),
- 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 krezkowych,
- zakrzepica żyły wrotnej,
- zgorzel,
- ostre zamknięcia naczyń obwodowych;

2) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia podtrzymującą należy podać 2 tygodnie po dawce nasycającej, a kolejne dawki podtrzymujące należy podawać w infuzji dożylnej co 8 tygodni.

3) pegcetakoplan – podanie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego

a) dawka 1080 mg podawana w infuzji podskórnej dwa razy na tydzień,

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,

c) pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia w odstępach zgodnych z punktami monitorowania leczenia. Po uzyskaniu efektu leczenia (niskiej aktywności choroby lub remisji) i utrzymywania się tego stanu minimum 3 miesięcy możliwe jest wydawanie leku na okres pomiędzy wizytami w ośrodku. Leczenie pegcetakoplanem 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 leku stosowanego

17) stężenie potasu w surowicy krwi;

18) badanie ogólne moczu;

19) badanie wolnej hemoglobiny w moczu;

20) badania obrazowe naczyń w przypadku podejrzenia zakrzepicy żylnej lub tętniczej lub incydentów zatorowych w zależności od umiejscowienia: ultrasonogram (USG) lub tomografia komputerowa (TK) lub magnetyczny rezonans jądrowy (MRI).

1.2. 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 asparaginowej (AspAT),
   f) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT),
   g) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
2) po 5 tygodniu, raz na dwa tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:
   a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),
   b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;
3) po 5 tygodniu, raz na cztery tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:
   a) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,
   b) stężenie mocznika w surowicy krwi,
   c) aktywność aminotransferaza asparaginowa (AspAT),

leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw menigokokom - profilaktyka antybiotykowa; 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; 4) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 5) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym. 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. 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 ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii podejmuje decyzje o możliwości czasowego przerwania profilaktycznego leczenia ekulizumabem po 6 miesiącach leczenia u chorych z	podskórnie 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.	d) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT), e) 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. W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego ekulizumab 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. **2. Leczenie rawulizumabem** **2.1. Badania przy kwalifikacji:** **2.1.1. chorych, którzy niestosowali ekulizumabu.** 1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod kątem obecności klonu PNH; 2) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH);

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 ekulizumabu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych. **1.3. 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 dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne; 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;		4) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 5) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT); 6) czas protrombinowy (PT); 7) fibrynogen; 8) odczyn Coombsa; 9) oznaczenie grupy krwi; 10) stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 11) stężenie mocznika w surowicy krwi; 12) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT); 13) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT); 14) stężenie bilirubiny całkowitej i bezpośredniej w surowicy krwi; 15) stężenie haptoglobiny (Hp) w surowicy krwi; 16) stężenie sodu w surowicy krwi; 17) stężenie potasu surowicy krwi; 18) badanie ogólne moczu; 19) badanie wolnej hemoglobiny w moczu; 20) badania obrazowe naczyń w przypadku podejrzenia zakrzepicy żylnej lub tętniczej lub incydentów zatorowych w zależności od umiejscowienia: ultrasonogram (USG) lub tomografia komputerowa (TK) lub magnetyczny rezonans jądrowy (MRI). **2.1.2. Badania przy kwalifikacji chorych, którzy stosowali ekulizumab.** 1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod katem obecności klonu PNH; 2) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;

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 ≥ 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): • 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,		3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH). **2.1.3. 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 asparaginowwej (AspAT), f) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT), g) 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 asparaginowej (AspAT), d) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT), e) 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,

– znaczne zmęczenie ocenione wg FACIT upośledzające codzienną aktywność, – hemoglobinuria, – bóle brzucha, – niedokrwistość (stężenie hemoglobiny < 10g/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, • ostre zamknięcia naczyń obwodowych; 3) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw menigokokom - profilaktyka		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. 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 pegcetakoplanem** **3.1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem i z liczbą retikulocytów; 2) trepanobiopsja (jeśli nie wykonywano w okresie ostatnich 6 miesięcy); 3) bezpośredni test antyglobulinowy (BTA) (odczyn Coombsa); 4) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH);

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 przeciwskazanie 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 ≥ 18 lat; 2) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH >1% oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej; 3) stosowanie ekulizumabu przez co najmniej 6 ostatnich miesięcy; 4) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH) ≤1,5 górnej granicy normy (GGN); 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		5) stężenie bilirubiny całkowitej i bezpośredniej w surowicy krwi; 6) stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 7) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT); 8) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT); 9) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. . **3.2. 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 asparaginowej (AspAT), f) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT), g) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 2) po 5 tygodniu, raz na dwa tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych: a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH), b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 3) po 5 tygodniu, raz na cztery tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych: a) stężenie kreatyniny w surowicy krwi, b) stężenie mocznika w surowicy krwi, c) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT), d) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT),

Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie 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 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. **2.2. 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 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;		e) 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) 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. **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 wskaźników

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 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 dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne; 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;		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.

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 pegcetakoplanem** **3.1. 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; 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 Neisseria meningitidis, Streptococcus pneumoniae i Haemophilus influenzae; 5) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw *Neisseria meningitidis* (o ile wymagane jest powtórzenie kolejnego szczepienia), *Streptococcus pneumoniae i Haemophilus influenzae*, 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 przeciwskazanie 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 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. **3.2. 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 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 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 pegcetakoplanu 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 hemoglobiny, utrzymywanie się znacznego zmęczenia i brak poprawy jakości życia); 2) ciąża – jeśli dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne; 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.		

Załącznik B.97.

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**
W programie finansuje się leczenie chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną agonistami receptora dla trombopoetyny: 1) eltrombopagiem, 2) romiplostymem, 3) awatrombopagiem. **1. Kryteria kwalifikacji** 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. 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	**1. Dawkowanie eltrombopagu** 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. **2. Dawkowanie romiplostymu** 1) dawka początkowa: 1 µg/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. Po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego możliwe jest wydanie leku pacjentowi do samodzielnego podania, po odpowiednim	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) parametry czynności wątroby: a) AlAT, AspAT, bilirubina całkowita – dotyczy kwalifikacji do leczenia **eltrombopagiem**, b) AST, AlAT, bilirubina całkowita, czas protrombinowy, stężenie albumin we krwi – dotyczy kwalifikacji do leczenia **romiplostymem** lub **awatrombopagiem**; 3) biopsja aspiracyjna szpiku i trepanobiopsja (wykonana w okresie 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu lekowego) – w przypadku chorych w wieku powyżej 60 lat, chorych z objawami układowymi i innymi nieprawidłowymi objawami; 4) badanie okulistyczne – dotyczy kwalifikacji do **eltrombopagu**; 5) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia** 1) badania przeprowadzane w okresie do osiągnięcia stabilnej liczby płytek (≥ 50 000/µl przez co najmniej 4 tygodnie): a) wykonywane co 1 tydzień: – morfologia krwi z rozmazem;

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.

3. Kryteria wyłączenia z programu

1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;
2) zaburzenia czynności wątroby:
   a) wynik w skali Child-Pugh ≥ 5 – dotyczy leczenia eltrombopagiem,
   b) wynik w skali Child-Pugh ≥ 7 – dotyczy leczenia romiplostymem;
3) istotne zwiększenie się aktywności AlAT (powyżej trzykrotności górnej granicy normy dla lokalnego laboratorium) w przypadkach, gdy przekroczenie normy:
   a) będzie narastać,
   albo
   b) będzie utrzymywać się ≥ 4 tygodni,
   albo
   c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej,
   albo
   d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby,

-dotyczy wyłącznie chorych leczonych **eltrombopagiem;**

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 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.

   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) – wykonywane po 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia romiplostymem lub awatrombopagiem;
3) w przypadku pojawienia się innych niż małopłytkowość, istotnych nieprawidłowości w morfologii krwi – trepanobiopsja szpiku kostnego wraz z oceną włóknienia retikulinowego;
4) badania przeprowadzane w okresie czasowego przerwania leczenia:
   a) wykonywane raz w tygodniu przez 4 tygodnie:
      – morfologia krwi z rozmazem;
5) badanie okulistyczne co 12 miesięcy – dotyczy leczenia **eltrombopagiem**.

W celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta rodzaj odpowiedzi na leczenie w oparciu o liczbę płytek krwi i krwawienia:

4) ciąża oraz karmienie piersią; 5) brak odpowiedzi na leczenie: a) eltrombopagiem w dawce 75 mg podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia (4 pomiary), albo b) romiplostymem pomimo stosowania maksymalnej dawki (10 µg/kg mc.) przez 4 kolejne tygodnie leczenia, albo c) awatrombopagiem w dawce 40 mg raz na dobę, podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia, jeśli liczba płytek krwi nie zwiększy się do ≥ 50 x 10^9/L; 6) trwała remisja choroby niewymagająca jakiegokolwiek leczenia. W przypadku braku odpowiedzi na leczenie, wystąpienia działań niepożądanych lub przeciwskazań do stosowania danego leku, lekarz prowadzący może podjąć decyzję o zmianie leku w ramach programu lekowego.		1) R (odpowiedź): liczba płytek ≥ 30 G/l oraz co najmniej jej dwukrotne zwiększenie w stosunku do wyjściowej liczby płytek i brak krwawień; 2) CR (całkowita odpowiedź): liczba płytek ≥ 100 G/l i brak krwawień; 3) NR (brak odpowiedzi): liczba płytek < 30 G/l lub niższa od dwukrotności wyjściowej liczby płytek lub obecność krwawień. 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. **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, 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.

Załącznik B.98.

LECZENIE PEDIATRYCZNYCH CHORYCH NA PIERWOTNĄ MAŁOPŁYTKOWOŚĆ IMMUNOLOGICZNĄ (ICD-10: D69.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem 1) wiek 1-18 lat; 2) rozpoznanie przewlekłej (trwającej powyżej 12 miesięcy) lub przetrwałej (rozumianej jako trwającej powyżej 6 miesięcy) pierwotnej małopłytkowości immunologicznej (ITP) – eltrombopag lub romiplostym; 3) niedostateczna odpowiedź na wcześniejsze leczenie farmakologiczne ITP. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 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. 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.	**1. Dawkowanie eltrombopagu** 1) zalecana dawka początkowa eltrombopagu wynosi: – 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; 2) maksymalna dawka dobowa wynosi 75 mg; 3) dawkę leku modyfikuje się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi pacjenta - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. Celem modyfikacji dawek jest osiągnięcie minimalnej dawki pozwalającej utrzymać liczbę płytek ≥ 50 tys./µl. **2. Dawkowanie romiplostymu** 1) romiplostym powinien być podawany raz w tygodniu jako wstrzyknięcie podskórne;	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem** 1) morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek; 2) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina); 3) badanie okulistyczne – dotyczy kwalifikacji do eltrombopagu; 4) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym – jeśli dotyczy. **2. Monitorowanie leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem** 1) badania przeprowadzane w pierwszych 4 tygodniach leczenia oraz w okresie braku odpowiedzi: a) wykonywane co 1 tydzień (dla wszystkich): – morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek, b) wykonywane co 2 tygodnie (dotyczy leczenia eltrombopagiem): – parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina);

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.

3. Kryteria wyłączenia z programu

1) nadwrażliwość na:
   a) substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą – dotyczy leczenia eltrombopagiem,
   b) substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą lub na białka pochodzące z *Escherichia coli* – dotyczy leczenia romiplostymem;
2) zaburzenia czynności wątroby:
   – wynik w skali Child-Pugh ≥ 5 – dotyczy leczenia eltrombopagiem,
   – wynik w skali Child-Pugh ≥ 7 – dotyczy leczenia romiplostymem;
3) wyłącznie w przypadku leczenia eltrombopagiem:
   istotne zwiększenie się aktywności AlAT (powyżej trzykrotności górnej granicy normy dla lokalnego laboratorium) w przypadkach, gdy przekroczenie normy:
   a) będzie narastać,
   albo
   b) będzie utrzymywać się ≥ 4 tygodni,
   albo
   c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej,
   albo

2) początkowa dawka romiplostymu wynosi 1 µg/kg mc., z uwzględnieniem masy ciała pacjenta na początku leczenia;
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.

   Celem modyfikacji dawek jest osiągnięcie minimalnej dawki pozwalające utrzymać liczbę płytek ≥ 50 tys./µl.

2) badania przeprowadzane od 4 tygodnia leczenia u wszystkich odpowiadających pacjentów:
   a) wykonywane co 1 miesiąc:
      – morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek,
   b) wykonywane co 3 miesiące:
      – parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina);
3) badanie przeprowadzane w przypadku wystąpienia nowych lub postępujących nieprawidłowości w morfologii krwi:
   a) biopsja szpiku kostnego z barwieniem oceniającym włóknienie;
4) badanie okulistyczne co 6 miesięcy – dotyczy leczenia eltrombopagiem;
5) w przypadku przerwania leczenia z powodu wzrostu liczby płytek krwi powyżej $250x10^9$/l, należy kontrolować liczbę płytek krwi 1 razy w tygodniu, aż do osiągnięcia wartości mniejszej lub równej $100x10^9$/l.

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, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia;
3) przekazywanie informacji sprawozdawczo - rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie

d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby; 4) ciąża; 5) karmienie piersią; 6) brak odpowiedzi na leczenie: – eltrombopagiem w dawce 75 mg podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia (4 pomiary) lub – romiplostymem pomimo stosowania maksymalnej dawki (10 µg/kg mc.) przez 4 kolejne tygodnie leczenia.		papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.99.

LECZENIE AKROMEGALII (ICD-10 E22.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Leczenie pasyreotydem **1.1. 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), 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);	**1. Leczenie pasyreotydem** **1.1. Dawkowanie** Zalecana początkowa dawka pasyreotydu wynosi 40 mg podawana w iniekcjach domięśniowych co 28 dni. W przypadku braku kontroli biochemicznej akromegalii (utrzymywanie się stężenia GH ≥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. Modyfikacja dawkowania (zwiększenie lub zmniejszenie dawki) jest możliwa na każdym etapie leczenia okresach nie krótszych niż co 12 tygodni. **1.2. Sposób podawania** 1) Pasyreotyd jest podawany w głębokim wstrzyknięciu domięśniowym	**1. Leczenie pasyreotydem** **1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia pasyreotydem** 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 żylnej 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 przeprowadzanym 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 podskórnych.

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 makrogruczolaków 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 uzupełniającego 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 żylnej 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 żylnej na czczo zgodnie ze wskazaniami klinicznymi; 6) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaków 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 m^2 oraz utrata białka >3 g/1,73m^2; 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.

Załącznik B.101.

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**
W ramach programu lekowego udostępnia się leczenie: **1) dorosłym pacjentom z heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną:** **a) *alirokumabem,*** **b) *ewolokumabem,*** **c) *inklisiranem,*** **2) dorosłym pacjentom z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną:** **a) *lomitapidem,*** **3) dorosłym pacjentom z bardzo wysokim ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego:** **a) *alirokumabem,*** **b) *ewolokumabem,*** **c) *inklisiranem,*** 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.) dla poszczególnych terapii. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 1) wiek 18 lat i powyżej;	**1. Dawkowanie** **1.1. Alirokumab** 150 mg alirokumabu podawane co 2 tygodnie lub 300 mg alirokumabu podawane co 4 tygodnie (miesięcznie). **1.2. Ewolokumab** 140 mg ewolokumabu podawane co 2 tygodnie. **1.3. Inklisiran** 284 mg inklisiranu 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 inklisiran i kontynuować podawanie leku zgodnie z pierwotnym harmonogramem. Jeśli doszło do pominięcia zaplanowanej dawki w okresie przekraczającym 3 miesiące, należy rozpocząć nowy schemat dawkowania – inklisiran	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 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: a) oznaczenie stężenia kreatyniny oraz badanie eGFR, b) oznaczenie aktywności kinazy kreatynowej (CK); 5) dodatkowo w przypadku terapii lomitapidem: a) wynik badania genetycznego potwierdzającego występowanie HoFH w wywiadzie, b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginowej (AspAT) i fosfatazy alkalicznej (ALP), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej,

2) brak hiperlipidemii wtórnej z wyjątkiem pacjentów spełniających kryteria włączenia do programu lekowego wymienione w podpunkcie 1.2.3.; 3) brak homozygotycznej postaci hipercholesterolemii rodzinnej z wyjątkiem pacjentów spełniających kryteria włączenia do programu lekowego wymienione w podpunkcie 1.2.2.; 4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 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; 2) LDL-C > 100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i: a) intensywnego leczenia statynami (stosowanego łącznie przez 3 miesiące, w tym leczenia skojarzonego przez minimum 1 miesiąc) w maksymalnych tolerowanych dawkach, a następnie w skojarzeniu z ezetymibem w dawce 10 mg lub b) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, definiowaną według obowiązujących wytycznych towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych	należy podać po raz pierwszy, ponownie po 3 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy. **1.4. Lomitapid** 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. **2. Modyfikacja dawkowania** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.	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. **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 co 3 miesiące i przed każdym zwiększeniem dawki, d) badania przesiewowe w celu wykrycia stłuszczeniowego zapalenia i zwłóknienia wątroby (co roku). **3. Monitorowanie skuteczności leczenia**

(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). **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 dawkach tj.: atorwastatyna 80 mg lub rosuwastatyna 40 mg, a następnie atorwastatyna 40-80 mg lub rosuwastatyna 20-40 mg w skojarzeniu z ezetymibem 10 mg; stosowane łącznie przez 3 miesiące, w tym leczenia skojarzonego przez minimum 1 miesiąc lub b) intensywnego leczenia statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach, a następnie w skojarzeniu z ezetymibem 10 mg; stosowane przez łącznie 3 miesiące, w tym leczenia skojarzonego przez minimum 1 miesiąc lub c) 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		1) badanie lipidogramu. 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. W przypadku leczenia: a) *alirokumabem* lub *ewolokumabem* - badanie lipidogramu wykonuje się po 3 miesiącach leczenia, a następnie co 12 miesięcy, b) *inklisiranem* lub *lomitapidem* - badanie lipidogramu wykonuje się po 6 miesiącach leczenia, a następnie co 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, 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

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). **1.2.3. dorosłych pacjentów z bardzo wysokim ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego alirokumabem lub ewolokumabem lub inklisiranem** 1) LDL-C >100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i: a) intensywnego leczenia statynami (stosowanego łącznie przez co najmniej 3 miesiące, w tym leczenia skojarzonego przez minimum 1 miesiąc) w maksymalnych tolerowanych dawkach, a następnie statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem, 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). 2) przebyty zawał serca z udokumentowaną w koronarografii lub tomografii miażdżycą tętnic wieńcowych, który wystąpił do 24 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego oraz dodatkowym jednym zdarzeniem sercowo-naczyniowym: a) wieńcowym: – z dodatkowo przebytym zawałem serca w wywiadzie lub – wielonaczyniową chorobą wieńcową, zdefiniowaną jako co najmniej 50% zwężenie światła naczynia w co najmniej 2 naczyniach		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.

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 dogłowowych. 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. **3. Zamiana leków** W przypadku wystąpienia 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. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie ciężkich reakcji alergicznych po podaniu leku; 2) brak skuteczności terapii: a) w przypadku leczenia alirokumabem lub ewolokumabem: rozumiany jako redukcja stężenia LDL-C o < 30% po pierwszych 3 miesiącach leczenia, a następnie po każdych kolejnych 12 miesiącach, a w przypadku leczenia inklisiranem: rozumiany jako redukcja stężenia LDL-C o < 30% po pierwszych 6 miesiącach leczenia, a następnie po każdych 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., 1.2.3., (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 każdych 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 każdych 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; 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.		

Załącznik B.102.FM.

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**
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. Program lekowy obejmuje terapie następującymi substancjami czynnymi: **A.** onasemnogen abeparwowek; **B.** nusinersen; **C.** rysdyplam. Powyższych terapii nie należy traktować jako linii leczenia. **1. Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek** **1.1. Kryteria kwalifikacji** 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;	**1. Dawkowanie onasemnogenu abeparwoweku** Dawkowanie onasemnogen abeparwowek oraz sposób modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (aktualną na dzień wydania decyzji refundacyjnej). **2. Dawkowanie nusinersenu** Dawkowanie nusinersenu oraz sposób modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (aktualną na dzień wydania decyzji refundacyjnej). W przypadku pacjentów wymagających znieczulenia ogólnego do wykonania nakłucia lędźwiowego - znieczulenie ogólne zgodnie z obowiązującymi w ośrodku procedurami. W uzasadnionych kliniczne przypadkach dopuszcza się podanie nusinersenu dooponowo przez nakłucie podpotyliczne w przypadku kiedy podanie leku dooponowo drogą nakłucia lędźwiowego nie jest możliwe.	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia substancją czynną onasemnogen abeparwowek** 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. Wszystkie kryteria muszą być spełnione łącznie. Pacjenci, którzy zostali zakwalifikowani do leczenia SMA z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek i otrzymali leczenie z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek, 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.	**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 anestezjologiczna - 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 wraz z oświadczeniem o stosowaniu skutecznej antykoncepcji w trakcie trwania terapii - u kobiet w wieku reprodukcyjnym.

1.2. Kryteria stanowiące przeciwskazania 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 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 mm^3), PLT poniżej 50 tys. w mm^3 przed genową terapią zastępczą; 10) inne wymienione w Charakterystyce Produktu Leczniczego. **1.3. Zakończenie leczenia w programie**		**1.3. Badania przy kwalifikacji do leczenia substancją czynną rysdyplam** 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; 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 abeparwowek** **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 abeparwowek polega na ocenie kryteriów, które umożliwią ewentualne stwierdzenie

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 abeparwowek. 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 Programu Badań Przesiewowych Noworodków w Polsce. 2) do leczenia nusinersenem kwalifikowani są pacjenci, którzy nie byli leczeni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek 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 rozpoznanie rdzeniowego zaniku 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 abeparwowekiem, rysdyplamem lub branaplamem w ramach badań klinicznych, programów		braku skuteczności leczenia lub braku osiągnięcia kamieni milowych; 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 okołooperacyjnej), – 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

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 sprzed terapii i po jej zakończeniu. Kryteria 1) i 2) muszą być spełnione łącznie. Do leczenia nusinersenem mogą zostać również zakwalifikowani pacjenci leczeni uprzednio rysdyplamem w ramach niniejszego programu lekowego, u których wystąpiła wyłącznie nietolerancja leczenia rysdyplamem. **2.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągana 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 osiągana jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia. **2.3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) zaawansowana skolioza uniemożliwiająca podanie dokanałowe leku;		potwierdzone w ponownym badaniu przeprowadzonym po 15 miesiącu życia pacjenta. 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;

2) przeciwskazania bezwzględne do nakłucia lędźwiowego; 3) drenaż płynu mózgowo-rdzeniowego; 4) 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 4 miesiące lub b) HFMSE o więcej niż 2 punkty poniżej poziomu sprzed włączenia do terapii potwierdzone w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 4 miesiące; 5) wystąpienie któregokolwiek z przeciwwskazań w trakcie trwania terapii: 6) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 7) przeciwwskazania do nakłucia lędźwiowego; 8) ciąża. **3. Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni z wykorzystaniem substancji czynnej rysdyplam** **3.1. Kryteria kwalifikacji** 1) do leczenia rysdyplamem kwalifikowani są pacjenci w wieku 2 miesięcy i starsi: a) z klinicznym rozpoznaniem SMA typu 1, typu 2 lub typu 3 lub b) posiadający od jednej do czterech kopii genu SMN2; 2) do leczenia rysdyplamem kwalifikowani są wyłącznie pacjenci mający udokumentowane przeciwwskazania do leczenia nusinersenem lub pacjenci, u których stwierdzono		5) ocena stanu odżywienia i wydolności oddechowej pacjenta w zależności od stanu, ale nie rzadziej niż raz do roku; 6) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby, nerek (białkomocz) 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.

przeciwwskazania do terapii nusinersenem w trakcie leczenia nusinersenem; 3) do leczenia rysdyplamem kwalifikują się pacjenci, którzy nie byli leczeni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek w ramach niniejszego programu lekowego; 4) 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 rozpoznanie rdzeniowego zaniku mięśni 5q potwierdzone badaniem genetycznym oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów wyłączenia z programu określonych w pkt. 3.3; 5) w przypadku pacjentów, którzy wcześniej otrzymali leczenie onasemnogenem abeparwowekiem, 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 sprzed terapii i po jej zakończeniu. Kryteria 1), 2) i 3) muszą być spełnione łącznie. **3.2. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągana 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.		**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; 3) w przypadku terapii z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwowek przekazywanie za pośrednictwem rejestru SMPT danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii: a) przeżycie (niewystąpienie zgonu), b) konieczności wykonania tracheostomii, c) konieczności stałej wentylacji, d) zależności od wspomagania wentylacji, e) osiągnięcie kamieni milowych, dotyczących etapów rozwojowych w zakresie funkcji motorycznych, f) utrata uzyskanych uprzednio kamieni milowych, g) wyniki testu zaburzeń nerwowo-mięśniowych (CHOP-INTEND) w stosunku do wartości przed podaniem leku, h) wymaganie wspomagania żywienia innego niż żywienie doustne. Dodatkowo, Świadczeniodawca zobowiązany jest do gromadzenia dokumentacji w formie nagrań wideo oraz zdjęć umożliwiających ocenę skuteczności terapii pacjenta. Nagranie wideo powinno zostać wykonane techniką cyfrową, w jakości HD (High Density) i obejmować okres

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 osiągana 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 któregokolwiek z przeciwwskazań wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 3) ciąża.		wystarczający do oceny punktów służących do oceny braku skuteczności lub braku osiągnięcia kamieni milowych. Utratę uzyskanych kamieni milowych rozwoju ruchowego, należy udokumentować za pomocą nagrań wideo 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 abeparwowek 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 abeparwowek. 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.

Załącznik B.104.

LECZENIE CHOROBY FABRY'EGO (ICD 10 E.75.2)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich 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.

1. Kryteria kwalifikacji do leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem
Do leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa kwalifikują się pacjentci spełniający łącznie punkty 1,2 i 3.
Do leczenia migalastatem kwalifikują się pacjenci spełniający łącznie punkty 1,2,3 i 4.
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;</td>
<td>Dawkowanie agalzydazy beta
Dawka preparatu agalzydazy beta wynosi 1mg/kg masy ciała, podawana raz na dwa tygodnie, w postaci infuzji dożylnej. Podawanie preparatu agalzydazy beta prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.

Dawkowanie agalzydazy alfa
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.

Dawkowanie migalastatu
Zalecany schemat dawkowania wynosi 123 mg migalastatu, co drugi dzień, o tej samej porze dnia. Podawanie migalastatu prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) Poziom globotriaozylosfingozyny (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;</td>
</tr>
</table>

3) Rozpoznanie choroby Fabry'ego udokumentowane wynikiem: a) u mężczyzn: badania biochemicznego 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 genetycznego 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 m^2; Do programu kwalifikowani są także pacjenci wymagający kontynuacji enzymatycznej terapii zastępczej, w ocenie Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, 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 Ultrarzadkich 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 Ultrarzadkich 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 agalzydaza 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) Jednoczasowe 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 agalzydaza alfa; 6) Dializoterapia - dotyczy migalastatu; 7) GFR < 30 ml/min/1,73m^2 - 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 globotriaozylosfingozyny (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 Ultrarzadkich 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, monobenzonem 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.

Załącznik B.105.

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**
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Zapalenia Błony Naczyniowej Oka, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W programie finansuje się: 1) systemowe leczenie immunologiczne – *adalimumabem;* 2) leczenie miejscowe – *deksametazonem w postaci implantu doszklistkowego*. Do oceny stanu klinicznego pacjentów stosowane są kryteria SUN, opisane w *standaryzacji nomenklatury zapaleń błony naczyniowej (Standarization of Uveitis Nomenclature)*. **1. Kryteria kwalifikacji** Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 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;	**1. Dawkowanie** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. **1.1. Dawkowanie adalimumabu** 80 mg początkowo, podskórnie. Następnie, po tygodniu od dawki początkowej, 40 mg podskórnie co dwa tygodnie. **1.2. Dawkowanie deksametazonu** Jeden implant doszklistkowo, nie częściej niż co 6 miesięcy.	**1. Badania przy kwalifikacji do programu** Muszą zostać wykonane badanie ogólne (1.1.) oraz badania szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii. **1.1. Badania ogólne** 1) badanie okulistyczne obejmujące: 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 szklistego według kryteriów SUN. **1.2. Szczegółowe badania przy kwalifikacji do terapii** **1.2.1. *Adalimumabem*** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie poziomu płytek krwi (PLT);

3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca 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 tygodni lub 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 anty-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 Koordynacynego.

lub c) występowanie przeciwwskazań lub nietolerancji terapii z zastosowaniem kortykosteroidów lub leków immunosupresyjnych. Choroba nieaktywna definiowana jest jako: 1) brak aktywnej zapalnej zmiany naczyniówki 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 plamki zostaje wyłączony z programu. W przypadku nawrotów obrzęku plamki 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 plamki 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 naczyniówki 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 plamki 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 szklistego, według kryteriów SUN: a) o ≤ 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 naczyniówki lub siatkówki lub naczyń siatkówki lub

lub b) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku do dali względem wartości początkowej o co najmniej 15 liter na tablicach Snellena lub ETDRS lub c) zwiększenie stopnia nacieków komórkowych w komorze przedniej oka oraz stopnia przymglenia ciała szklistego: – 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; 2) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają monitorowanie przebiegu leczenia lub jego dalsze prowadzenie; 5) okres ciąży lub 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 jego prawnych opiekunów.		3) poprawa BCVA o 3 linie na tablicach Snellena lub 15 liter na tablicy ETDRS lub 4) stabilizacja ostrości wzroku. **2.2.2. Kryteria oceny skuteczności leczenia deksametazonem** Po 4 miesiącach od pierwszego podania implantu (+/- 7 dni) dokonuje się oceny pod kątem wystąpienia zmian opisanych w podpunkcie 1 kryteriów wyłączenia z programu. 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. Poprawa umożliwiająca dalsze leczenie definiowana jest jako: 1) zmniejszenie grubości siatkówki o ≥ 10% i > 50 µm 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. Brak spełnienia tych warunków łącznie na wizycie przed podaniem kolejnego implantu uniemożliwia dalsze leczenie w programie i ponowną kwalifikację. **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).

Załącznik B.106.

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)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji
Do programu kwalifikują się świadczeniobiorcy u których wykrywa się obecność HBsAg i/lub przeciwciał anty-HBc przy wykrywalnym lub niewykrywalnym HBV DNA:
1.1. poddani transplantacji narządu/komórek krwiotwórczych
lub
1.2. zakwalifikowani do leczenia biologicznego związanego z wysokim lub średnim ryzykiem reaktywacji HBV (leczenie przeciwciałami monoklonalnymi anty-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)
lub
1.3. leczeni z powodu raka wątrobowokomórkowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie
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.</td>
<td>Entekawir: 0,5 mg 1x dobę
lub
Tenofowir: 245 mg 1 x na dobę

Entekawir lub tenofowir powinny być stosowane przez cały czas trwania leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV oraz dodatkowo przez 18 miesięcy po jego zakończeniu.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) HBsAg
2) anty-HBs
3) anty-HBc IgG/całkowite
4) HBV DNA ilościowe
5) morfologia krwi
6) ALT
7) kreatynina

2. Badania w trakcie leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV - co 3 miesiące:
1) ALT
2) HBV DNA

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:
1) HBV DNA</td>
</tr>
</table>

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.

Załącznik B.107.

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**
1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek≥ 12. roku życia; 2) udokumentowana historia przewlekłej pokrzywki spontanicznej poprzedzająca kwalifikację do programu; 3) ciężka postać pokrzywki, ze wskaźnikami: a) Skali Aktywności Pokrzywki: UAS7≥ 28 oraz b) jakości życia zależnych od zmian skórnych DLQI≥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. **2. Kryteria wyłączenia** 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≥10;	**1. Dawkowanie omalizumabu** Omalizumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego tj. 300mg podawanych podskórnie co 4 tygodnie z uwzględnieniem rekomendacji EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI. 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.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) ocena nasilenia objawów pokrzywki: 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. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Badania przeprowadzane przed podaniem leku w ośrodku, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące:** 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 przeciwskazań 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 zawieszone. 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

Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii omalizumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia. **4. Kryteria ponownego włączenia do programu** Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu: 1) wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu albo 2) planowej przerwy w leczeniu. Ponownej kwalifikacji pacjenta do programu dokonuje lekarz.		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.

Załącznik B.108.FM.

LECZENIE PACJENTÓW Z RAKIEM RDZENIASTYM TARCZYCY (ICD-10: C73)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie raka rdzeniastego tarczycy substancjami: 1) *wandetanib*; 2) *selperkatynib*. Spełnione muszą zostać łącznie ogólne kryteria kwalifikacji (1.1.) oraz szczegółowe kryteria kwalifikacji (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych. **1. Kryteria kwalifikacji** **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 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;	**1. Dawkowanie *wandetanibu*** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (dalej ChPL). Dopuszczalne jest zmniejszenie dawki zgodnie z aktualną ChPL. Zalecana dawka *wandetanibu* wynosi: a) 300 mg na dobę. **2. Dawkowanie *selperkatynibu*** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną ChPL. Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL. Zalecana dawka *selperkatynibu* wynosi: a) 120 mg podawane dwa razy na dobę - w przypadku masy ciała mniejszej niż 50 kg,	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 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 *wandetanibu*.

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 leczenie selektywnym inhibitorem(ami) 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);

		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; 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.

Załącznik B.109.

LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE L-KARNITYNĄ W WYBRANYCH CHOROBACH 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**
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich 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. 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 **1. Kryteria kwalifikacji** **1.1. 3-metylokrotonylo-glicynuria (MCG)** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie 3-metylokrotonylo-glicynuri oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.2. Acyduria glutarowa I (GA I)** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii glutarowej typu I oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną	Leczenie należy rozpocząć w momencie ustalenia wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną. 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. **1. Dawkowanie** **1.1. 3-metylokrotonylo-glicynuria (MCG)** Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.2. Acyduria glutarowa I (GA I)**	Badania diagnostyczne przy kwalifikacji oraz w ramach monitorowania leczenia L-karnityną są tożsame dla wszystkich jednostek chorobowych. **1. Badania przy kwalifikacji:** 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. **2. Monitorowanie leczenia (co 180 dni):** 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.

zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **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. **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. **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. **1.6. Zaburzenia spalania długołańcuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD, VLCADD, deficyt MTP, deficyt CACT, deficyt CPT2** Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie deficytu długołańcuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD lub VLCADD, lub deficyt MTP, lub deficytu CACT, lub deficytu CPT2 oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji. **1.7. Deficyt dehydrogenazy acylo-CoA średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD)**	Zalecane dawkowanie: od 0 do 200 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.3. Acyduria izowalerianowa (IVA)** Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.4. Acyduria metylomalonowa (MMA)** Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.5. Acyduria propionowa (PA)** Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.6. Zaburzenia spalania długołańcuchowych 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. **1.7. Deficyt dehydrogenazy acylo-CoA średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD)**	**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.

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. **1.8. Pierwotny deficyt karnityny (CUD)** 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. **1.9. 1.9. Deficyt wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD)** 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. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na L-karnitynę	Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.8. Pierwotny deficyt karnityny (CUD)** Zalecane dawkowanie: od 0 do 200 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. **1.9. Deficyt wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD)** Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c../doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.	

Załącznik B.110.

LECZENIE DINUTUKSYMABEM BETA PACJENTÓW Z NERWIAKIEM ZARODKOWYM WSPÓŁCZULNYM (ICD-10: C47)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kwalifikacja świadczeniobiorców do terapii 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. **2. Rodzaje programów** **A. Leczenie noworozpoznanego nerwiaka zarodkowego współczulnego (NBL) wysokiego ryzyka u pacjentów z dobrą odpowiedzią na leczenie chemioterapią indukcyjną zgodnie z obowiązującym protokołem** **A.1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie nerwiaka zarodkowego współczulnego zgodnie z międzynarodowymi kryteriami *International Neuroblastoma Staging System* (INSS); 2) zakwalifikowanie choroby do grupy wysokiego ryzyka definiowanej jako: a) stopień 2, 3, 4 i 4s wg. INSS z amplifikacją MYCN, niezależnie od wieku pacjenta w momencie rozpoznania lub	**Dawkowanie:** 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). Planowane jest podanie 5 cykli dinutuksymabu beta, w dawce kumulacyjnej 100 mg/m^2/cykl, podawane wg schematu jak w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Ze względu na obserwowane działania niepożądane, w celu ich minimalizacji wskazane jest podawanie dinutuksymabu beta we wlewie ciągłym trwającym 10 dni. 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	**A. Leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego (NBL) wysokiego ryzyka u pacjentów z dobrą odpowiedzią na leczenie chemioterapią indukcyjną zgodnie z obowiązującym protokołem** **A.1. Badania przed kwalifikacją do immunoterapii** 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: 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, scyntygrafię kości z użyciem technetu lub badanie PET),

b) stopień 4 wg INSS bez amplifikacji MYCN w wieku >12 miesięcy w momencie rozpoznania; 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; 4) wiek ≥12 miesięcy w momencie rozpoczęcia immunoterapii; 5) brak progresji choroby w jakimkolwiek etapie dotychczasowego leczenia; 6) prawidłowa funkcja narządów (zgodnie z wykazem badań niezbędnych przy kwalifikacji pacjentów do programu); 7) uzyskanie pisemnej zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na zastosowanie leczenia dinutuksymabem beta; 8) założony cewnik dostępu do żyły centralnej, w miarę możliwości dwukanałowy lub zgoda na jego założenie; 9) ujemne wyniki w kierunku zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) i wirusami zapalenia wątroby typu B i C (HBV i HCV); 10) 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. **A.2. Kryteria wyłączenia z programu** 1) rozległa przewlekła albo ostra 3 lub 4 stopnia choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD);	opisem w Charakterystyce Produktu Leczniczego. W przypadku wystąpienia ciężkich działań niepożądanych, po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego, leczenie może być kontynuowane z zastosowaniem 50% dawki dinutuksymabu beta. Równolegle z zastosowaniem immunoterapii stosowane będzie leczenie kwasem 13-cis retinowym, zgodnie z obowiązującymi standardami leczenia NBL.	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 zbiórce moczu; 2) ocena funkcji narządów: a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa ≥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 ($SATO_2$) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%, c) funkcja szpiku: prawidłowa – prawidłowa jest definiowana jako: ANC >500/ul; stabilna liczba płytek >20.000/ul 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, h) badanie EEG, i) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV, j) zdjęcie klatki piersiowej w cyklach z interleukiną 2. **A.2. Monitorowanie leczenia**

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 opłucnej. **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 (SpO_2) mierzona pulsoksymetrem - >94% podczas oddychania powietrzem atmosferycznym; przy oddychaniu powietrzem, b) odpowiednia czynność szpiku kostnego: bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥500/µl, liczba płytek krwi ≥20 000/µl, hemoglobina >8,0 g/dl, niewykluczone jest podawanie preparatów krwiopodobnych, c) odpowiednia czynność wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT)/ aminotrasferazy 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 przerwania 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 (skurcz 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, scyntygrafię 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 zbiórce moczu; 2) ocena funkcji narządów: a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa ≥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 (SpO_2) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%, c) funkcja szpiku: prawidłowa – prawidłowa jest definiowana jako: ANC >500/ul; stabilna liczba płytek >20.000/ul 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 (SpO_2) mierzona pulsoksymetrem ->94% podczas oddychania powietrzem atmosferycznym, b) odpowiednia czynność szpiku kostnego: bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥500/µl, liczba płytek krwi ≥20 000/µl, hemoglobina >8,0 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 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, 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 przerwania 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, scyntygrafię kości z użyciem technetu; 3) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja; 4) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy

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 (skurcz 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.		mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiórce moczu; 5) ocena funkcji narządów: a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa ≥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 (SpO_2) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%, c) funkcja szpiku kostnego: morfologia krwi obwodowej, d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny, e) funkcja nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny obliczenie eGFR; 6) ocena okulistyczna: badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku; 7) ocena słuchu; 8) badanie EEG; 9) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV; 10) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej (u dzieci, które nie miały wykonanej tomografii klatki piersiowej); 11) ocena hormonów tarczycy; 12) badanie układu immunologicznego (ocena stężenia immunoglobulin, ocena odporności komórkowej).

		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 TERAPII PROMUJĄCEJ WZRASTANIE (ICD-10 E23.0)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu u Pacjentów Dorosłych oraz u Młodzieży po Zakończeniu Terapii Promującej Wzrastanie powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

A. Kryteria kwalifikacji
1) objawy niedoboru hormonu wzrostu (GH);
2) stężenie IGF-I poniżej zakresu wartości prawidłowych lub w dolnym przedziale zakresu referencyjnego;
3) potwierdzenie ciężkiego niedoboru GH (GHD) na podstawie:
a) u osób dorosłych nieleczonych w dzieciństwie z powodu GHD (adult onset GHD – AO-GHD) – obniżone wydzielanie GH (poniżej 3 ng/ml) w dwóch różnych testach stymulacyjnych w przypadku izolowanej GHD lub w jednym teście stymulacyjnym w przypadku wielohormonalnej niedoczynności przysadki (testy muszą być wykonane po wcześniejszym właściwym wyrównaniu co najmniej niedoboru kortyzolu i L-tyroksyny);
b) u młodzieży i osób dorosłych leczonych wcześniej z powodu GHD (childhood onset GHD – CO-GHD) – obniżone wydzielanie GH (poniżej 3 ng/ml) w dwóch różnych testach</td>
<td>A. Dawkowanie
Somatotropina podawana codziennie wieczorem w postaci iniekcji podskórnych w dawce 0,1-0,8 mg.</td>
<td>A. Badania przy kwalifikacji do leczenia
1) ocena wzrostu, masy ciała i obwodu talii (wskaźnik BMI i WHR), zalecane: ocena składu ciała metodą bioimpedancji;
2) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;
3) morfologia krwi z rozmazem;
4) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na, K i Ca);
5) ocena stężenia IGF-I;
6) ocena gospodarki węglowodanowej: oznaczenie stężenia glukozy na czczo i odsetka hemoglobiny glikowanej (HbA_1c) lub test doustnego obciążenia glukozą - z oceną glikemii i insulinemii;
7) ocena gospodarki lipidowej: ocena stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu;
8) oznaczenie stężenia TSH i FT4;
9) ocena jakości życia poprzez użycie odpowiedniego kwestionariusza quality of life (QoL) [Endokrynol. Pol. 2008;59(5):374-384];
10) pomiar stężenia kortyzolu w godzinach porannych;
11) jeden lub dwa testy stymulujące sekrecję GH, zgodnie z Kryteriami Kwalifikacji do Programu; podstawowym testem</td>
</tr>
</table>

stymulacyjnych w przypadku izolowanej GHD, lub w jednym teście w przypadku wielohormonalnej niedoczynności przysadki (testy muszą być wykonane po wcześniejszym właściwym wyrównaniu co najmniej niedoboru kortyzolu i L-tyroksyny); c) w przypadku występowania wielohormonalnej niedoczynności przysadki w zakresie wszystkich osi (z wyjątkiem prolaktyny) i potwierdzeniem przyczyny organicznej lub genetycznej tego stanu, możliwe jest odstąpienie od wykonania testów stymulacyjnych i kwalifikacja do leczenia rhGH po potwierdzeniu obniżonego stężenia IGF-I; 4) brak przeciwwskazań do terapii GH stwierdzonych na podstawie wyników badań ogólnych lub obrazowych (w szczególności MRI okolicy podwzgórzowo-przysadkowej lub TK z kontrastem) w celu wykluczenia czynnego procesu nowotworowego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. **B. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego lub Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. **C. 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-I, pomimo zmniejszenia dawki leku do minimalnej (0,1 mg/dziennie);		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 argininą; 12) obrazowanie okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (MRI lub TK z kontrastem); 13) USG jamy brzusznej; 14) EKG, ewentualnie USG serca; 15) badanie dna oka; 16) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. **B. Monitorowanie leczenia** 1) po 30 dniach od rozpoczęcia terapii: a) pomiar stężenia IGF-I w celu ustalenia dawki optymalnej. 2) co 180 dni: a) ocena masy ciała i obwodu talii (wskaźnik BMI i WHR), zalecane: ocena składu ciała metodą bioimpedancji; b) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; c) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na, K i Ca); d) określenie odsetka HbA1c; e) ocena stężenia IGF-I; f) oznaczenie stężenia TSH i FT4; g) ocena stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu; h) ocena QoL; i) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.

5) wystąpienie nowych lub brak poprawy istniejących zaburzeń metabolicznych i pogorszenie jakości życia (ocena po 12 i 24 miesiącach); 6) brak zgody świadczeniobiorcy na kontynuację leczenia lub brak współpracy świadczeniobiorcy.		**C. 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 Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.112.

LECZENIE CHORYCH NA MUKOWISCYDOZĘ (ICD-10: E84)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikowani są chorzy z potwierdzonym rozpoznaniem mukowiscydozy, którzy spełniają jednocześnie niżej przedstawione warunki: 1) pisemna zgoda pacjenta na udział w programie; 2) do leczenia iwakaftorem w monoterapii kwalifikowani są chorzy z potwierdzonym wystąpieniem 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 u chorych w wieku 12 miesięcy i starszych; 3) do leczenia lumakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem kwalifikowani są chorzy w wieku co najmniej 2 lat z potwierdzonym wystąpieniem mutacji F508del genu *CFTR* na obu allelach; 4) do leczenia tezakaftorem/iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem kwalifikowani są chorzy w wieku co najmniej 6 lat homozygotyczni pod względem mutacji F508del lub heterozygotyczni pod względem mutacji F508del i mający jedną z następujących mutacji genu *CFTR*: P67L, R117C, L206W, R352Q, A455E, D579G, 711+3A→G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G→A, 3272-26A→G i 3849+10kbC→T;	**1. Dawkowanie** Dawkowanie leków zgodnie z Charakterystykami Produktów Leczniczych aktualnych na dzień wydania decyzji refundacyjnych.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1.1. W okresie do 3 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia: 1) test potowy; 2) badanie spirometryczne (u chorych, u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje prawidłowe przeprowadzenie testu); 3) aminotransferaza alaninowa; 4) aminotransferaza asparaginowa; 5) stężenie bilirubiny w surowicy krwi; 6) badanie mikrobiologiczne plwociny lub wymazu z gardła; 7) konsultacja okulistyczna u pacjentów <18rż. 1.2. W okresie do 12 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia: 1) badanie obrazowe klatki piersiowej. **2. Monitorowanie leczenia** 1) test potowy po 6 i 12 miesiącach po rozpoczęciu leczenia, a następnie raz w roku; 2) badanie spirometryczne (u chorych u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje

5) do leczenia eleksakaftorem/ tezakaftorem /iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem kwalifikowani są chorzy w wieku co najmniej 12 lat homozygotyczni pod względem mutacji F508del genu *CFTR* lub heterozygotyczni pod względem mutacji F508del z mutacją o minimalnej wartości funkcji (MF) genu *CFTR*. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni terapią modulatorami receptora CFTR w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu** 1) przeciwwskazania do udziału w programie wynikające z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych substancji czynnych ujętych w programie lekowym; 2) brak zgody na monitorowanie efektów klinicznych leczenia na podstawie danych zebranych przez świadczeniodawcę lub płatnika w systemach informatycznych (pacjent powinien zostać włączony do rejestru mukowiscydozy nie później niż 12 miesięcy od włączenia do programu). **3. Określenie czasu leczenia w programie** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego, doświadczonego w leczeniu chorych z mukowiscydozą, decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu		prawidłowe przeprowadzenie testu) po 6 i 12 miesiącach po rozpoczęcia leczenia, a następnie raz w roku; 3) badanie mikrobiologiczne plwociny lub wymazu z gardła po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, a następnie raz w roku; 4) aktywność aminotransferazy alaninowej i asparaginowej oraz bilirubiny po 3, 6, 9 i 12 miesiącach po rozpoczęciu leczenia, a następnie raz w roku; 5) konsultacja okulistyczna raz w roku u pacjentów <18rż; 6) pomiar ciśnienia tętniczego na każdej wizycie kontrolnej – dotyczy wyłącznie leczenia lumakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem. **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 rejestrze (SMPT) zgodnie z opisem programu i wymogami NFZ. 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ 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.

Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną; 2) stan po przeszczepieniu płuc; 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, można rozważyć powrót do leczenia, bez ponownej kwalifikacji chorego); 4) okresowe przerwanie leczenia lub modyfikacja dawki w przypadku wystąpienia interakcji z innymi lekami – zgodnie z ChPL poszczególnych produktów; 5) ciężkie zaburzenia funkcjonowania wątroby (klasa C w skali Childa-Pugha) – dotyczy wyłącznie terapii eleksakaftorem/ tezakaftorem /iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem; 6) ciąża, planowanie ciąży, karmienie 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) wycofanie zgody na monitorowanie efektów klinicznych leczenia na podstawie danych zebranych przez świadczeniodawcę lub płatnika w systemach informatycznych; 8) uporczywe zaniedbywanie zaleceń terapeutycznych lekarza prowadzącego.		

Załącznik B.113.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBAMI NEREK (ICD-10 N18)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikują się pacjenci spełniający wszystkie niżej wymienione kryteria: 1) przewlekła choroba nerek z następstwami nieprawidłowego lub niewystarczającego metabolizmu białek w stadium 4 lub 5 wg klasyfikacji KDIGO; 2) przeciwwskazania lub brak wskazań do leczenia nerkozastępczego; 3) brak cech niedożywienia – ocena stopnia odżywienia według skali SGA = A lub B (ang. *Subjective Global Assessment*); albo stężenie albuminy co najmniej 3,5 g/dl oraz limfocytemia >1500/mm$^{3;}$ 4) BMI w granicach normy; 5) redukcja eGFR <2 ml/min w ciągu ostatnich 6 miesięcy przed kwalifikacją; 6) proteinuria <1 g/g kreatyniny w moczu; 7) przestrzeganie ubogobiałkowej diety przez ≥3 miesiące przed rozpoczęciem terapii – spożycie białka nie wyższe niż 0,8 g/kg m.c./dobę – udokumentowane za pomocą PNA/wydalania mocznika lub BUN; 8) deklaracja przestrzegania wymaganej diety pod indywidualnym nadzorem dietetyka;	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka leku Ketosteril® wynosi 4 do 8 tabletek trzy razy na dobę w czasie posiłków. Ponadto od momentu włączenia do programu lekowego chory powinien stosować dietę, w której spożycie białka wynosi 0,4 g/kg m.c./dobę, przy czym dopuszczalne są odchylenia od tej wartości, jednak nie większe niż do poziomu powyżej 0,6 g/kg m.c./dobę.	**1. Badania przy kwalifikacji do programu** 1) oznaczenie dziennego spożycia białka (PNA/wydalanie mocznika/BUN); 2) oznaczenie eGFR z zastosowaniem wzoru MDRD; 3) ocena stopnia odżywienia według skali SGA; 4) badanie krwi z oceną stężenia: białka C-reaktywnego, albuminy, wapnia, potasu, fosforanów, kreatyniny, mocznika, kwasu moczowego, wodorowęglanów i glukozy oraz ocena aktywności fosfatazy zasadowej oraz liczby limfocytów/mm^3; 5) badanie ogólne moczu i ocena stężenia wydalania białka i fosforu; 6) ocena BMI. **2. Monitorowanie leczenia** 1) badania wykonywane co 30 dni: a) oznaczenie dziennego spożycia białka (PNA/wydalanie mocznika/BUN); b) ocena stopnia odżywienia według skali SGA;

9) wiek ≥18 lat. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. **3. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu:** Do programu nie mogą być zakwalifikowani pacjenci w przypadku spełnienia co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów: 1) zakwalifikowanie do leczenia nerkozastępczego; 2) chorzy w trakcie leczenia nerkozastępczego; 3) brak współpracy pacjenta w zakresie dotychczasowej terapii i kontroli; 4) udokumentowane zaburzenia metabolizmu aminokwasów; 5) hiperkalcemia; 6) źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze; 7) istotne choroby towarzyszące (cukrzyca, aktywna choroba wątroby, zespół złego wchłaniania, choroby zapalne jelit); 8) anoreksja; 9) zła tolerancja leczenia lub wcześniejsza nie tolerancja leczenia; 10) występowanie cech niedożywienia – ocena stopnia odżywienia według skali SGA = C (ang. *Subjective Global Assessment*). **4. Kryteria wyłączania z programu** Leczenie w ramach programu zostaje zakończone w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów:		c) badanie krwi z oceną stężenia: albuminy, wapnia, potasu, fosforanów, limfocytów, mocznika, kwasu moczowego i glukozy; d) badanie wydalania w moczu białka i fosforu (dopuszczalne B/Cr i P/Cr); 2) badania wykonywane co 90 dni: a) stężenie kreatyniny i wodorowęglanów w surowicy; b) ocena aktywności fosfatazy zasadowej; c) oznaczenie GFR z zastosowaniem wzoru MDRD; d) ocena BMI. 3) konsultacje wykonywane co 30 dni: a) konsultacja nefrologiczna; b) w ramach indywidualnego nadzoru nad dietą pacjenta konsultacja z dietetykiem odnośnie właściwego stosowania przez pacjenta wymaganej diety; 4) po roku leczenia ketoanalogami aminokwasów wykonuje się ocenę hamowania progresji choroby na podstawie spadku eGFR. **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;

1) spełnienie co najmniej jednego z kryteriów uniemożliwiających kwalifikację do programu; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na substancje czynne lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) poprawa w zakresie stadium zaawansowania choroby do stadium 3, 2 lub 1 wg klasyfikacji KDIGO; 4) brak współpracy pacjenta w zakresie przestrzegania bardzo ubogobiałkowej diety, w której docelowe spożycie białka wynosi 0,4 g/kg m.c./dobę, przy czym dopuszczalne są odchylenia od tej wartości, jednak nie większe niż do poziomu powyżej 0,6 g/kg m.c./dobę.		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.

Załącznik B.114.

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**
W ramach programu lekowego, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami, udostępnia się poniższe terapie: **1) w I linii leczenia ostrej białaczki szpikowej:** a) *leczenie midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną (pacjenci z mutacją FLT3),* albo b) *leczenie gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną (bez względu na status mutacji FLT3),* albo c) *leczenie wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną (bez względu na status mutacji FLT3);* **2) w leczeniu podtrzymującym po terapii indukującej albo indukującej i konsolidującej u chorych na ostrą białaczkę szpikową:** a) *leczenie azacytydyną doustną w monoterapii;* **3) w II i kolejnych liniach leczenia ostrej białaczki szpikowej:** a) *leczenie gilterytynibem w monoterapii (pacjenci z mutacją FLT3).* **1. Kryteria kwalifikacji** Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.	**1. Dawkowanie leków w terapii** **1.1.** ***midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną*** ***1.1.1.* Leczenie indukujące** <u>Pierwszy cykl:</u> Midostauryna – zalecana dawka 50 mg doustnie dwa razy na dobę od 8. do 21. dnia cyklu. Daunorubicyna – dawka 60 mg/m^2 pc./dobę podawana w infuzji dożylnej w okresie od 1. do 3. dnia cyklu. Cytarabina – dawka 100-200 mg/m^2 pc./dobę podawana w ciągłej infuzji dożylnej w okresie od 1. do 7. dnia cyklu. <u>Drugi cykl:</u> 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).	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1. Badania przy kwalifikacji do I linii leczenia oraz do II i kolejnych linii leczenia ostrej białaczki szpikowej** 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: a) potwierdzające obecność mutacji *FLT3* (wewnątrztandemowej duplikacji [ITD] lub mutacji w obrębie domeny kinazy tyrozynowej [TKD]) – w przypadku terapii *midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną* oraz *gilterytynibem w monoterapii*. U chorych z opornością na leczenie, którzy kwalifikowani są do leczenia gliterytynibem możliwe jest uwzględnienie badania immunofenotypowego i badania mutacji *FLT3* wykonanych przed rozpoczęciem leczenia indukującego),

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji

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 I linii (za wyjątkiem kwalifikacji do terapii *wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną* – pkt. 1.2.3.4.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.

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii

1.2.1. midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną

1) wiek 18 lat i powyżej;
2) nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa;
3) udokumentowana obecność mutacji genu *FLT3* (wewnątrztandemowej duplikacji [ITD] lub mutacji w obrębie domeny kinazy tyrozynowej [TKD]);
4) kwalifikowanie się pacjenta do intensywnej chemioterapii indukującej.

***1.1.2.* Leczenie konsolidujące**

U pacjentów, u których w wyniku leczenia indukującego uzyskano całkowitą remisję (CR) stosuje się od 3 do 4 cykli leczenia konsolidującego:

Midostauryna – zalecana dawka 50 mg doustnie dwa razy na dobę od 8. do 21. dnia każdego cyklu.

Pośrednie dawki cytarabiny – 1000-1500 mg/m^2 (500-1000 mg/m^2, 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.

1.2. gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną

***1.2.1.* Leczenie indukujące**

<u>Pierwszy cykl:</u>

Gemtuzumab ozogamycyny – zalecana dawka 3 mg/m^2 pc./dawkę (maksymalnie 1 fiolka 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.

Daunorubicyna – dawka 60 mg/m^2 pc./dobę podawana w infuzji dożylnej w okresie od 1. do 3. dnia.

Cytarabina – dawka 100-200 mg/m^2 pc./dobę podawana w ciągłej infuzji dożylnej w okresie od 1. do 7. dnia.

<u>Drugi cykl:</u>

Jeżeli konieczny jest drugi cykl leczenia indukującego, gemtuzumabu ozogamycyny nie

b) badanie immunofenotypowe potwierdzające ekspresję antygenu CD33 na komórkach blastycznych – w przypadku terapii *gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną;*

2) ocena stanu ogólnego (ECOG);
3) ocena chorób współistniejących (HCT-CI);
4) badania laboratoryjne:
   a) morfologia krwi z rozmazem,
   b) biochemia: mocznik, kreatynina, kwas moczowy, stężenie sodu, stężenie potasu, stężenie wapnia, glukoza, bilirubina, AST, ALT,
   c) koagulogram: APTT, PT lub INR, fibrynogen,
   d) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);
5) EKG;
6) ECHO serca (do decyzji lekarza);
7) RTG klatki piersiowej (do decyzji lekarza);
8) punkcja lędźwiowa (tylko u chorych z podejrzeniem zajęcia OUN);
9) eGFR oraz przesiewowe badanie w kierunku obecności wirusowego zapalenia wątroby typu B (w tym HBsAg, HBcAb) – w przypadku terapii *wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną*;
10) stężenie magnezu, kinaza fosfokreatynowa, fosfataza alkaliczna (ALP) – w przypadku terapii *gilterytynibem w monoterapii*.

1.2.2. gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną 1) wiek 15 lat i powyżej; 2) nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa występująca *de novo* z ekspresją antygenu 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. ***1.2.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną*** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa występująca *de novo* lub wtórna, zdiagnozowana w oparciu o obowiązujące kryteria WHO; 3) brak wcześniejszego leczenia ostrej białaczki szpikowej (za wyjątkiem leczenia cytoredukcyjnego przygotowującego pacjenta do leczenia *wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną*); 4) niekwalifikowanie się do standardowej intensywnej chemioterapii, definiowane jako: a) wiek 75 lat i powyżej, lub	należy podawać podczas tego cyklu. Podczas drugiego cyklu leczenia indukującego należy podawać wyłącznie daunorubicynę i cytarabinę w następującym zalecanym schemacie dawkowania: Daunorubicyna – dawka 60 mg/m^2 pc./dobę podawana w okresie od 1. do 2. dnia cyklu. Cytarabina – dawka 1000 mg/m^2 pc. (500-1000 mg/m^2, jeśli chory ≥60 lat) podawana w 3-godzinnym wlewie dożylnym, co 12 godzin w okresie od 1. do 3. dnia cyklu. ***1.2.2.* Leczenie konsolidujące** U pacjentów, u których w wyniku leczenia indukującego uzyskano całkowitą remisję (CR) stosuje się od 2 do 4 cykli leczenia konsolidującego: Gemtuzumab ozogamycyny – dawka 3 mg/m^2 pc./dawkę (maksymalnie 1 fiolka 5 mg) podawana w 1. dniu cyklu (maksymalnie do dwóch cykli). Pośrednie dawki cytarabiny – 1000-1500 mg/m^2 (500-1000 mg/m^2, 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. ***1.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną*** Wenetoklaks – podawany doustnie według poniższego schematu dawkowania: Dzień 1: 100 mg/dobę; Dzień 2: 200 mg/dobę; Dzień 3 i kolejne: 400 mg/dobę.	**1.2. Badania przy kwalifikacji do leczenia podtrzymującego doustną azacytydyną** 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). **2. Monitorowanie leczenia w przypadku terapii** ***2.1. midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną*** 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: a) biochemia: kreatynina, stężenie sodu, stężenie potasu, stężenie wapnia, glukoza, bilirubina, AST, ALT,

b) wiek 18-74 lat i obecność co najmniej jednego czynnika wymienionego poniżej: – ECOG 2 lub 3 (jeśli ECOG 2 wynika z obecności chorób współistniejących), – wcześniejsza zastoinowa niewydolność serca wymagająca leczenia lub frakcja wyrzutowa ≤50% lub przewlekła, stabilna dławica piersiowa, – zdolność dyfuzji gazów w płucach - DLCO ≤ 65% lub pierwszosekundowa natężona pojemność wydechowa - FEV1 ≤ 65%, – klirens kreatyniny ≥ 30 ml/min do <45 ml/min, – umiarkowane zaburzenia czynności wątroby ze stężeniem bilirubiny >1,5 do ≤3 ULN, – jakiekolwiek 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. ***1.2.4. azacytydyną doustną w monoterapii*** 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. ***1.2.5. gilterytynibem w monoterapii*** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) ostra białaczka szpikowa ze stwierdzoną:	W trakcie leczenia wenetoklaksem należy stosować profilaktykę zespołu rozpadu guza (TLS – Tumor Lysis Syndrome), zgodnie z opisem zawartym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. W przypadku jednoczesnego stosowania leków będących silnymi lub umiarkowanymi inhibitorami CYP3A należy zmodyfikować dawkę wenetoklaksu zgodnie z zapisami w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Azacytydyna – dawka 75 mg/m^2 pc. podawana podskórnie lub dożylnie w dniach od 1-7 każdego 28-dniowego cyklu, począwszy od 1. dnia pierwszego cyklu. ***1.4. azacytydyną doustną w monoterapii*** Azacytydyna – zalecana dawka 300 mg podawana doustnie 1 raz na dobę w dniach 1-14 każdego 28-dniowego cyklu. W przypadku nawrotu choroby, gdy odsetek blastów we krwi obwodowej lub szpiku kostnym wynosi 5–15%, należy, po wykonaniu oceny klinicznej, 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. Azacytydyny doustnej nie należy podawać zamiennie z azacytydyną w formie wstrzyknięć. ***1.5. gilterytynibem w monoterapii*** Gilterytynib – zalecana dawka początkowa 120 mg podawana doustnie raz na dobę.	b) koagulogram: APTT, PT; 4) przed rozpoczęciem każdego cyklu lub częściej, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta: a) EKG. ***2.2. gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną*** 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 częściej, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta: a) biochemia: bilirubina, AST, ALT, b) koagulogram: APTT, PT lub INR; 3) przed rozpoczęciem każdego cyklu lub częściej, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta: a) EKG. ***2.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną*** 1) biopsja aspiracyjna szpiku w celu oceny odpowiedzi na leczenie po 1 cyklu lub po 2 cyklach, a następnie co 2 kolejne cykle aż do uzyskania całkowitej remisji. Po uzyskaniu całkowitej remisji kontrola hematologiczna zgodnie ze schematem monitorowania

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), 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); 2) gdy osiągnięta zostanie całkowita remisja choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet po jednym lub dwóch cyklach	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. **2. Modyfikacja dawkowania leków** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.	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) biochemia: kreatynina, kwas moczowy, stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia, aktywność LDH; 3) po okresie dostosowywania dawki, przed każdym cyklem: a) morfologia krwi z rozmazem, b) biochemia: kreatynina, stężenie potasu, AST i ALT. ***2.4. azacytydyną doustną w monoterapii*** 1) biopsja aspiracyjna szpiku w przypadku podejrzenia nawrotu/progresji choroby lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi; 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.

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. gilterytynibem w monoterapii*** 1) leczenie powinno być prowadzone do czasu, kiedy pacjent odnosi korzyści kliniczne z leczenia gilterytynibem lub do momentu wystąpienia		***2.5. 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) biochemia: kreatynina, stężenie potasu, bilirubina, AST, ALT, stężenie magnezu, kinaza fosfokreatynowa, fosfataza alkaliczna (ALP); 3) w 2. i 3. tygodniu po rozpoczęciu leczenia oraz przed rozpoczęciem lub w pierwszym tygodniu każdego z trzech kolejnych miesięcy leczenia: a) EKG. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na

nieakceptowalnej toksyczności. Odpowiedź na leczenie może być opóźniona, dlatego należy rozważyć kontynuowanie stosowania zaleconej 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 gliterytynibem 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 *gilterytynibem w monoterapii* (pomimo zwiększenia dawki gilterytynibu); c) progresja choroby w trakcie leczenia (tj. ponad 15% blastów we krwi obwodowej lub szpiku kostnym) – w przypadku terapii *azacytydyną doustną w monoterapii*; 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;		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) 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); 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 uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) ciąża lub karmienie 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; 7) przeprowadzenie zabiegu przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) – w przypadku terapii *midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną* lub *gilterytynibem w monoterapii.*		

Załącznik B.115.

LECZENIE AGRESYWNEJ MASTOCYTOZY UKŁADOWEJ, MASTOCYTOZY UKŁADOWEJ Z WSPÓŁISTNIEJĄCYM NOWOTWOREM UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO ORAZ BIAŁACZKI MASTOCYTARNEJ (ICD-10: C96.2, C94.3, D47.9)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>

1. Kryteria kwalifikacji

1) rozpoznana agresywna mastocytoza układowa (ang. *aggressive systemic mastocytosis* – ASM), mastocytoza układowa z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego (ang. *systemic mastocytosis with associated hematological neoplasm* – SM-AHN) lub białaczka mastocytarna (ang. *Mast cell leukemia* – MCL);
2) obecność jednego lub więcej objawów wynikających z nacieku komórkami tucznymi:
   a) neutropenia <1x10^9/L i/lub niedokrwistość <10 g/dL i/lub małopłytkowość <100x10^9/L;
   b) powiększona wątroba z wodobrzuszem i/lub zwiększonym stężeniem transaminaz i/lub nadciśnieniem wrotnym;
   c) splenomegalia z hipersplenizmem;
   d) zaburzenia wchłaniania z hipoalbuminemią i utratą wagi ciała;
   e) nasilona osteoliza i/lub osteoporoza i/lub patologiczne złamania kości;
3) wiek ≥18 lat;
4) stan ogólny ECOG 0-2;

</td>
<td>

1. Dawkowanie

Zalecana dawka midostauryny wynosi 100 mg doustnie dwa razy na dobę.

Midostaurynę podaje się w 28-dniowych cyklach.

Dawkowanie, w tym jego modyfikacje, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.

</td>
<td>

1. Badania przy kwalifikacji

1) ocena stanu ogólnego (ECOG);
2) badania laboratoryjne:
   a) morfologia krwi z rozmazem;
   b) biochemia: kreatynina, kwas moczowy, sód, potas, wapń, glukoza, bilirubina, AST, ALT, FA, albumina;
   c) APTT, PT, fibrynogen;
   d) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);
3) EKG (ECHO serca w przypadku wywiadu kardiologicznego i/lub zmian w EKG);
4) trepanobiopsja szpiku z barwieniem na tryptazę;
5) biopsja aspiracyjna szpiku z badaniem immunofenotypowym w kierunku obecności klonalnych komórek tucznych (CD2, CD25, CD117);
6) badanie molekularne w kierunku obecności transkryptu (obecność mutacji D816V) w genie KIT;
7) ocena stężenia tryptazy w surowicy.

2. Monitorowanie leczenia

1) Przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu w pierwszym

</td>
</tr>
</table>

5) brak przeciwskazań wynikających z Charakterystyki Produktu Leczniczego; Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie. Do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni midostauryną w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Kryteria wykluczające udział w programie** 1) ciężka niewydolność wątroby; 2) objawowa zastoinowa niewydolność serca; 3) czynne, ciężkie zakażenie; 4) ciąża lub karmienie piersią; 5) nadwrażliwość na midostaurynę lub którąkolwiek substancję pomocniczą. **3. Kryteria zakończenia udziału w programie** 1) ciąża lub karmienie piersią; 2) brak skuteczności terapii – brak uzyskania przynajmniej częściowej odpowiedzi na leczenie po 3 cyklach terapii wg zmodyfikowanych kryteriów Valenta; 3) progresja choroby w trakcie leczenia wg zmodyfikowanych kryteriów Valenta; 4) pojawienie się objawów toksyczności lub nadwrażliwości na terapię, które wymagają całkowitego jej zaprzestania i nie pozwalają na modyfikację dawki / czasowe wstrzymanie terapii (w oparciu o Charakterystykę Produktu Leczniczego); 5) rezygnacja pacjenta.		roku trwania terapii, następnie co 3 cykle w latach kolejnych: a) morfologia krwi z rozmazem; b) biochemia: kreatynina, sód, potas, wapń, glukoza, bilirubina, AST, ALT, FA, albumina; c) APTT, PT; d) badanie EKG – w uzasadnionych przypadkach. 2) W przypadku MCL, po pierwszym cyklu leczenia: a) ocena szpiku za pomocą trepanobiopsji lub biopsji aspiracyjnej szpiku +/- ocena immunofenotypowa, a następnie w zależności od potrzeb klinicznych, jednak nie rzadziej niż co 12 miesięcy; b) ocena stężenia tryptazy w surowicy, następnie co miesiąc przez pierwsze 6 miesięcy, a następnie co 3 miesiące. 3) W przypadku ASM i SM-AHN, po trzecim cyklu leczenia: a) ocena szpiku za pomocą trepanobiopsji lub biopsji aspiracyjnej szpiku +/- ocena immunofenotypowa, następnie w zależności od potrzeb klinicznych, jednak nie rzadziej niż co 12 miesięcy; b) ocena stężenia tryptazy w surowicy, a następnie co 3 miesiące. **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

4. Określenie czasu leczenia midostauryną w programie Terapię należy kontynuować w cyklach 28-dniowych tak długo, jak długo obserwuje się korzyści kliniczne leczenia i/lub nie zachodzą kryteria z pkt. 3.		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.

Załącznik B.117.

LECZENIE RAKA Z KOMÓREK MERKLA AWELUMABEM (ICD-10 C44)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji do leczenia 1) histologiczne potwierdzenie przerzutowego raka z komórek Merkla; 2) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne; 3) brak wcześniejszego leczenia za pomocą przeciwciał anty-PD-1 lub anty-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 ≥ 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;	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka awelumabu w monoterapii to 800 mg podawana dożylnie przez 60 minut co 2 tygodnie. Modyfikację dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami Charakterystyki Produkt Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 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 ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 8) badania laboratoryjne: 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 ≥ 9 g/dl, e) stężenie bilirubiny całkowitej $\leq 1{,}5$ x GGN (górna granica normy) – z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta, gdzie tolerowana wartość jest wyższa f) aktywność AST/ALT $\leq 2{,}5$ x GGN u chorych bez przerzutów do wątroby i ≤ 5 x 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 musza 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.		

Załącznik B.118.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBĄ CUSHINGA (ICD-10: E24.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 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: a) podwyższone wydalanie wolnego kortyzolu w dobowej zbiórce moczu lub późnowieczorne stężenie kortyzolu w ślinie lub surowicy powyżej wartości referencyjnej, b) podwyższone lub niezahamowane stężenie ACTH w osoczu. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 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. **2. Określenie czasu leczenia w programie**	**1. Dawkowanie** Zalecana dawka początkowa w leczeniu choroby Cushinga wynosi 10 mg pasyreotydu. 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. Kryteria, sposób modyfikacji dawkowania, sposób podania oraz środki ostrożności określone są w Charakterystyce Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe – występowanie typowych objawów hiperkortyzolemii; 2) ocena wydalania wolnego kortyzolu w dobowej zbiórce 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 żylnej 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) 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 tarczycy; 8) brak odpowiedzi na leczenie w sytuacji, gdy odpowiedź definiujemy jako: stężenie wolnego kortyzolu w dobowej zbiórce moczu nie przekraczające górnej granicy normy laboratoryjnej lub zmniejszenie stężenia wolnego kortyzolu w dobowej zbiórce moczu o co najmniej 50% względem wartości wyjściowej - po co najmniej 6 miesiącach leczenia pasyreotydem 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 zbiórce 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 żylnej 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 stężenie glukozy w osoczu na czczo po 4 tygodniach od zakończenia leczenia, a stężenie HbA1c – po 3 miesiącach od zakończenia leczenia;

9) nadwrażliwość na pasyreotyd lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 10) ciąża lub karmienia piersią; 11) rezygnacja pacjenta – wycofanie zgody pacjenta na leczenie.		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; 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) 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; 8) oznaczenie poziomu sodu i potasu według wskazań klinicznych; 9) USG pęcherzyka i dróg żółciowych nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w okresie leczenia i 6 miesięcy po jego zakończeniu; 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; 11) ocena wyrównania czynności tarczycy co 6 miesięcy. **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 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.

Załącznik B.119.

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**
1. Kryteria kwalifikacji 1) histologiczne rozpoznanie zróżnicowanego raka tarczycy, tj. brodawkowatego, pęcherzykowego lub onkocytarnego; 2) wiek powyżej 18 roku życia; 3) 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 wychwytującej jodu lub progresji pomimo wychwytu jodu lub wyczerpanie łącznej kumulatywnej dawki jodu wynoszącej co najmniej 600 mCi) lub niekwalifikujący się do tej terapii; 4) progresją choroby w okresie do 14 miesięcy przed włączeniem do programu; 5) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji ECOG; 6) zmiany nowotworowe możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych według klasyfikacji RECIST; 7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie	**1. Dawkowanie** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL). Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL. Sorafenib jest stosowany w dobowej dawce 800 mg bez przerw.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) histologiczne potwierdzenie zróżnicowanego raka tarczycy, tj. brodawkowatego, pęcherzykowego lub onkocytarnego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 4) oznaczenie stężenia w surowicy: a) bilirubiny, b) kreatyniny; 5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT) oraz fosfatazy alkalicznej; 6) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 7) scyntygrafia kości; 8) MR jamy brzusznej i miednicy; 9) RTG lub TK klatki piersiowej; 10) elektrokardiogram (EKG); 11) pomiar ciśnienia tętniczego; 12) inne badania w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.

przerzutów lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 8) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 11) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie 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. **3. Kryteria wyłączenia** 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;		**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia w surowicy: a) bilirubiny, b) kreatyniny, c) transaminaz (AspAT, AlAT), d) wapnia, 3) TSH; 4) elektrokardiogram. Badania laboratoryjne oraz ocenę stanu klinicznego wykonuje się: 1) przez pierwsze dwa miesiące terapii- co 2 tygodnie; 2) od 3 do 6 miesiąca terapii – co miesiąc; 3) od 7 do 12 miesiąca terapii – co 3 miesiące; 4) po 12 miesiącu terapii- co 4 miesiące. **3. Monitorowanie skuteczności leczenia** 1) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny odpowiedniego obszaru ciała; 2) inne badania w razie wskazań klinicznych. Pierwsze badanie obrazowe wykonuje się po 12 tyg. leczenia, a kolejne co 6 miesięcy, o ile nie występują dodatkowe wskazania kliniczne. Ponadto badania należy wykonać w chwili podjęcia decyzji o wyłączeniu z programu z powodu innego niż progresja choroby. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być

2) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 3) nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO; 4) pogorszenie stanu sprawności o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 3 wg ECOG; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii 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 ze strony świadczeniobiorcy.		wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia określa się 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. **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, 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.

Załącznik B.121.

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**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. **1. Kryteria kwalifikacji** 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. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.	**1. Dawkowanie** 1.1. Zalecana dawka początkowa wynosi 15 mg na dobę podawana doustnie. Następnie dawkę można zwiększać o 5 mg co 4-5 dni do maksymalnej dawki: 60 mg na dobę. Dawka pojedyncza nie powinna być większa niż 20 mg. 1.2. Pacjenci z zaburzeniami czynności nerek lub wątroby: a) umiarkowane lub ciężkie zaburzenia czynności nerek lub wątroby – zalecana dawka początkowa wynosi 5 mg na dobę; b) łagodne zaburzenia czynności nerek lub wątroby – 10 mg na dobę (5 mg dwa razy na dobę). Tempo zwiększania dawki powinno być wolniejsze niż u pacjentów z prawidłową czynnością nerek i wątroby – o 5 mg co 7 dni. 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.	**1. Badania przy kwalifikacji** **1.1. Pacjenci z wywiadem objawów LEMS krótszym niż 2 lata (ryzyko charakteru paranowotworowego choroby):** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) AlAT; 3) AspAT; 4) ocena obrazowa śródpiersia (tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny); 5) USG lub TK jamy brzusznej; 6) oznaczenie przeciwciał anty-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. O zestawie badań decyduje lekarz specjalista podczas kwalifikacji do programu. **1.2. Pacjenci z wywiadem objawów LEMS dłuższym niż 2 lata:**

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) AlAT; 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) AlAT; 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;

		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.

Załącznik B.122.

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**
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich- Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego (dalej jako Zespół Koordynacyjny), powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są pacjenci, którzy spełniają następujące kryteria: 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 12 ataków (brzuch, krtań, gardło) z udokumentowanym użyciem leku ratunkowego w ciągu ostatnich 6 miesięcy. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci powyżej 12 roku życia, którzy byli leczeni skutecznie lanadelumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (z wyjątkiem badań klinicznych), pod	**1. Dawkowanie lanadelumabu** Dawka początkowa lanadelumabu to 300 mg podawane co 2 tygodnie. U pacjentów z dobrą kontrola choroby (brak objawów HAE prze więcej niż 6 miesięcy), w szczególności u tych z małą masą ciała, należy rozważyć redukcję dawki do 300 mg co 4 tygodnie. W razie nawrotu napadów dawka może być zwiększona do 300 mg co 2 tygodnie. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Do tego czasu 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.	**1. Badania przy kwalifikacji** 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: a) aminotransferazy asparaginowej (AspAT), b) aminotransferazy alaninowej (AlAT),

warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **2. Kryteria wyłączenia** Kryterium wyłączenia z leczenia lanadelumabem jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów: 1) ciąża lub karmienie piersią - 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; 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 lanadelumab lub którąkolwiek substancję pomocniczą. **3. 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. Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą lub karmieniem piersią.	Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię HAE danego pacjenta.	c) bilirubiny całkowitej; 10) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. Wyniki badań przedstawione w punktach 1, 2, 3 i 4 mogą zostać pobrane z dokumentacji medycznej pacjenta. **2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności 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, na podstawie uzupełnionej i udostępnionej w systemie elektronicznym karty monitorowania terapii, zawierającej wyniki badań: 1) morfologia krwi; 2) czas kaolinowo-kefalinowy (APTT); 3) aminotransferazy AspAT i ALAT, bilirubina całkowita; 4) oznaczenie INR; 5) 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 i lokalizację, 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 wraz z ich lokalizacją, 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.

Załącznik B.123.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBĄ WILSONA (ICD-10: E83.0)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynujący ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie leczenia choroby Wilsona.

1. Kryteria kwalifikacji
1) rozpoznanie choroby Wilsona;
2) wiek ≥ 5 lat;
3) w postaci neurologicznej, bezobjawowej lub skąpoobjawowej stwierdzona nietolerancja leczenia D-penicylaminą i siarczanem cynku;
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 D-penicylaminą.
Kryteria kwalifikacji 1), 2) i 3) lub 4) muszą być spełnione łącznie.

2. Określenie czasu leczenia w programie
Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</td>
<td>1. Dawkowanie
Trientynę należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją leku w tym programie Charakterystyce Produktu Leczniczego.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
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 Kayser Fleischera.

2. Monitorowanie leczenia
Badania przeprowadzane w pierwszym roku co 3 miesiące (w przypadku wskazań klinicznych monitorowanie może odbywać się częściej), w następnych latach co pół roku:</td>
</tr>
</table>

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

		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.

Załącznik B.124.

LECZENIE CHORYCH Z ATOPOWYM ZAPALENIEM SKÓRY (ICD-10: L20)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) *dupilumabem,* 2) *upadacytynibem,* 3) *baricytynibem,* 4) *tralokinumabem,* 5) *abrocytynibem,* zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria: 1) wieku a) wiek 6 lat i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii *dupilumabem,* albo b) wiek 12 lat i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii *upadacytynibem* albo *tralokinumabem,* albo c) wiek 18 lat i powyżej- w przypadku kwalifikacji do terapii *baricytynibem* albo *abrocytynibem*; 2) ciężka postać atopowego zapalenia skóry (EASI≥20) u	**1. Dawkowanie** 1) *dupilumab* 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) *upadacytynib* maksymalna dawka wynosi 30 mg raz na dobę dla osób ≥18 r.ż. oraz 15 mg raz na dobę dla osób <18 r.ż.; 3) *baricytynib* maksymalna dawka wynosi 4 mg raz na dobę; 4) *tralokinumab* maksymalna dawka to dawka początkowa 600 mg (cztery wstrzyknięcia po 150 mg), a następnie dawka 300 mg (dwa wstrzyknięcia po 150 mg) podawana co dwa tygodnie drogą wstrzyknięcia podskórnego; 5) *abrocytynib* maksymalna dawka wynosi 200 mg raz na dobę. Dopuszczalne jest wydłużenie odstępu pomiędzy podaniem kolejnych dawek zgodnie z ChPL.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badania biochemiczne: 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 *upadacytynibem* albo *baricytynibem* albo *abrocytynibem*; 3) badania wirusologiczne w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia *upadacytynibem* albo *baricytynibem* albo *abrocytynibem*: a) obecność antygenu HBs, b) przeciwciała anty-HCV, a w przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą ilościową,

pacjentów, którzy stosują miejscowo emolienty i kortykosteroidy, u których leczenie ogólne lub fototerapia nie były skuteczne oraz w przypadku osób powyżej 12 r.ż. spełniają jedno z poniższych kryteriów: a) u osób pomiędzy 12 a 18 r.ż.: – 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, b) u osób w wieku 18 lat i powyżej: – niepowodzenie leczenia *cyklosporyną*, lub – przeciwwskazania do stosowania *cyklosporyny*, które uniemożliwiają jej zastosowanie, lub – wystąpienie działań niepożądanych, które uniemożliwiają kontynuowanie leczenia *cyklosporyną*; 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; 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego; 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez	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, 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 atopowego zapalenia skóry danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.	c) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo) – tylko w przypadku *upadacytynibu* albo *baricytynibu albo abrocytynibu;* 4) badanie ogólne moczu; 5) RTG klatki piersiowej z opisem, maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją (w przypadku pacjentów w wieku od 6 do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego); 6) EKG z opisem (pacjenci w wieku od 6 do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego); 7) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia *upadacytynibem* albo *baricytynibem* albo *abrocytynibem*; 8) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 9) ocena nasilenia objawów choroby wg EASI; 10) ocena jakości życia wg DLQI u osób ≥ 18 r.ż., a u osób od 6 do 18 r.ż. skalą CDLQI; 11) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Badania po 16 tygodniach (+/- 14 dni) od pierwszego podania, a następnie co 3 miesiące (+/- 14 dni):** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badania biochemiczne: 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

lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 6) brak przeciwwskazań do stosowania określonych w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym; 7) brak aktywnego zakażenia pasożytniczego lub infekcji, która w opinii lekarza jest przeciwskazaniem do terapii - dotyczy *dupilumabu*; 8) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią. 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. **3. Kryteria wyłączenia z programu** Lekarz prowadzący może w każdym momencie czasowym przerwać bądź zakończyć leczenie zgodnie ze swoją wiedzą medyczną. 1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie, ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia 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),		(ALT), e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), f) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram) w przypadku monitorowania leczenia upadacytynibem albo baricytynibem albo abrocytynibem; 3) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 4) ocena skuteczności zastosowanej terapii: a) ocena nasilenia objawów choroby wg EASI, b) ocena jakości życia wg DLQI u osób ≥ 18 r.ż., a u osób od 6 do 18 r.ż. skalą CDLQI. **2.2. Monitorowania skuteczności leczenia dokonuje się:** 1) po 16 tygodniach od rozpoczęcia leczenia w programie lekowym, 2) po 26 tygodniach od rozpoczęcia leczenia w programie lekowym, 3) nie rzadziej niż co 6 miesięcy w przypadku leczenia pacjenta w programie lekowym powyżej 26 tygodni. 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.

oraz b) nieuzyskanie poprawy jakości życia ocenionej za pomocą skali DLQI/CDLQI 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, 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; 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		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. **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.

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.		

Załącznik B.125.

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)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorych na Raka Kolczystokomórkowego Skóry, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.
W programie finansuje się leczenie immunologiczne cemiplimabem.

1. Kryteria kwalifikacji
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;</td>
<td>1. Dawkowanie
Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymanie leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.
Zalecana dawka cemiplimabu wynosi 350 mg podawana co 3 tygodnie, we wlewie dożylnym trwającym 30 minut.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji
1) histologiczne potwierdzenie raka kolczystokomórkowego skóry z przerzutami lub w stadium miejscowo-zaawansowanym nieresekcyjnym;
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;</td>
</tr>
</table>

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:

3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL lub aktualną wiedzą medyczną; 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; 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) niestosowanie się do zaleconego schematu dawkowania; c) brak współpracy w monitorowaniu leczenia (niezgłaszanie się na wizyty kontrolne).		a) zwiększenia sumy najdłuższych wymiarów widocznych zmian o 20% lub b) 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 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: a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedz (PR) na leczenie, b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD), c) 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.

Załącznik B.126.

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**
1. Kryteria kwalifikacji (łącznie) 1) rozpoznanie autosomalnie dominującej postaci zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek (ADPKD) na podstawie badania w rezonansie magnetycznym lub na podstawie badania USG (kryteria Pei-Ravine); 2) wiek ≥18. roku życia; 3) szybka progresja choroby definiowana jako: a) zmniejszenie eGFR ≥ 5 ml/min na rok oraz eGFR 30- 90 ml/min/1,73 m^2, lub b) zmniejszenie eGFR ≥ 2,5 ml/min na rok w okresie 5 lat oraz eGFR 30- 60 ml/min/1,73 m^2, lub 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. **2. Określenie czasu leczenia w programie**	**1. Dawkowanie** Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania tolwaptanu zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) eGFR; 2) całkowita objętość nerek określona na podstawie rezonansu magnetycznego lub długość nerek określona na podstawie USG; 3) stężenie bilirubiny całkowitej; 4) aktywność AlAT, AspAT; 5) stężenie elektrolitów w surowicy. **2. Monitorowanie leczenia** 1) co miesiąc przez pierwsze 18 miesięcy leczenia, a następnie co 3 miesiące – stężenie bilirubiny całkowitej, aktywność AlAT, AspAT; 2) co najmniej co 3 miesiące – stężenie sodu i potasu w surowicy, stężenie kreatyniny i eGFR; 3) raz na 3 lata – objętość nerek oceniona w rezonansie magnetycznym, jeżeli nie występują przeciwskazania do tego badania; 4) raz na 3 lata – ultrasonograficzna ocena wymiarów nerek. **3. Monitorowanie programu**

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.

Załącznik B.127.

LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH NA CIĘŻKĄ ANEMIĘ APLASTYCZNĄ (ICD-10: D61)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji 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 ≤30 000/µl; 5) brak nieprawidłowości cytogenetycznych dotyczących chromosomu 7. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 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. **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 pkt. 3.	**1. Dawkowanie eltrombopagu** 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. 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 ≥ 50 000/µl. 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	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem** 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. **2. Monitorowanie leczenia** 1) badania przeprowadzane w okresie dostosowania dawki: wykonywane co 2 tygodnie: 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: a) wykonywane co 1 miesiąc:

3. Kryteria wyłączenia z programu 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 (≥ 3 x GGN u pacjentów z prawidłową czynnością wątroby, lub z wynikiem ≥ 3 x wartość wyjściowa lub > 5 x GGN, którykolwiek z nich jest niższy, w przypadku pacjentów ze zwiększoną aktywnością transaminaz przed rozpoczęciem leczenia) w przypadkach, gdy przekroczenie normy: a) będzie narastać albo b) będzie utrzymywać się ≥ 4 tygodni, albo c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej, albo d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby; 7) ciąża; 8) karmienie piersią.	wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego. U pacjentów, którzy uzyskają odpowiedź trójliniową, w tym uniezależnienie 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/µl, stężenie hemoglobiny zmniejszy się do < 9 g/dl lub całkowita liczba neutrofili wyniesie < 0,5 x 109 /l, można wznowić leczenie eltrombopagiem we wcześniej stosowanej skutecznej dawce. Kryteria i sposób modyfikacji dawkowania dla szczególnych grup pacjentów określone są w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.	– morfologia krwi z rozmazem, – parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita. W przypadku podwyższonego stężenia bilirubiny badanie jej frakcji); 3) badania przeprowadzane w przypadku wystąpienia nowych lub postępujących nieprawidłowości morfologicznych lub cytopenii: a) biopsja aspiracyjna szpiku kostnego z badaniem cytogenetycznymi trepanobiopsja (z oceną włóknienia); 4) badania przeprowadzane w okresie czasowego przerwania leczenia: a) wykonywane raz w tygodniu do czasu poprawy wyników: – morfologia krwi z rozmazem; 5) badanie wykonywane co 3 miesiące: 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. **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; 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.

Załącznik B.128.FM.

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**
1. Kryteria kwalifikacji Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta. 1) wiek ≥12 lat; 2) 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 ≥4 × górna granica normy (GGN) 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*,	**1. Dawkowanie** Maksymalna dawka giwosyranu sodowego wynosi 2,5 mg/kg m.c. raz na miesiąc we wstrzyknięciu podskórnym wg zasad opisanych w ChPL.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie przedmiotowe, w tym masa ciała, wzrost, BMI, ECOG, ciśnienie tętnicze krwi, częstość akcji serca; 2) badania laboratoryjne: a) pełna morfologia krwi ze wzorem odsetkowym, b) badania biochemiczne (sód, potas, mocznik, fosforany, kreatynina i eGFR, albumina, kwas moczowy, wapń, białko całkowite, glukoza, stężenie jonów chlorkowych, lipaza, amylaza, ferrytyna), c) badania czynności wątroby: AspAT, ALAT, ALP, bilirubina (całkowita i bezpośrednia), d) koagulogram: czas protrombinowy (PT), czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT), ocena D-dimerów, międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR); 3) badanie ogólne moczu; 4) w przypadku kobiet w wieku rozrodczym – oznaczenie beta hCG (gonadotropina kosmówkowa) w moczu lub krwi; 5) ALA i PBG w moczu; 6) badanie w kierunku HIV: test przesiewowy HIV Ag/Ab umożliwiający wykrycie antygenu p24 oraz przeciwciał anty-HIV 1/2, HBV HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego

– 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. 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. **2. Kryteria stanowiące przeciwskazania do włączenia do programu** Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu: 1) ALT >2×GGN, 2) bilirubina całkowita (TBL)>1,5×GGN (dla pacjentów z zespołem Gilberta TBL>2xGGN), 3) INR>1,5 (dla pacjentów przyjmujących leki przeciwzakrzepowe INR>3,5); 4) eGFR <15ml/min/1,73m2 przy zastosowaniu wzoru MDRD;		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) Ocena skuteczności terapii:

5) reakcje alergiczne na oligonukleotyd lub GalNAc w wywiadzie; 6) nietolerancja iniekcji podskórnych w wywiadzie; 7) aktywne zakażenie HIV lub potwierdzone obecne lub przewlekłe zakażenie HCV lub HBV; 8) ciąża lub planowanie ciąży w trakcie leczenia; 9) karmienie piersią; 10) każdy stan który w opinii lekarza sprawiłby, że pacjent mógłby nie przyjąć odpowiedniej dawki lub który mógłby zakłócać zgodność, bezpieczeństwo pacjenta lub udział pacjenta w programie (np. nadużywanie alkoholu lub substancji psychoaktywnych, ale także niestabilne zaburzenia sercowo-naczyniowe, neurologiczne, żołądkowo-jelitowe, endokrynologiczne, nerek lub zaburzenia psychiatryczne niezwiązane z porfirią, zidentyfikowane na podstawie nieprawidłowych wyników badań laboratoryjnych lub wywiadu medycznego); 11) nawracające zapalenie trzustki lub ostre zapalenie trzustki w wywiadzie z aktywnością choroby w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed kwalifikacją do programu; 12) wcześniejsze leczenie giwosyranem sodowym (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni giwosyranem 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 powinno trwać do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności lub braku skuteczności terapii.		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 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 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 Narodowy Fundusz Zdrowia.

4. 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) eGFR <15ml/min/1,73m^2 przy zastosowaniu wzoru MDRD; 4) zakażenie HIV, HCV lub HBV; 5) zapalenie trzustki; 6) nadwrażliwość na lek; 7) ciąża; 8) karmienie piersią.		

Załącznik B.129.FM.

LECZENIE CHORYCH NA PIEROTNĄ HIPEROKSALURIĘ TYPU 1 (ICD-10: E74.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**MAKSYMALNE DAWKOWANIE LEKÓW I CZAS LECZENIA**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta: 1) potwierdzenie choroby PH1 badaniem molekularnym; 2) przewlekła choroba nerek w stadium I-III (eGFR>30 ml/min/1,73m^2); 3) średnie dobowe wydalanie szczawianów z moczem ≥0,70 mmol /1,73 m^2/24h ; 4) brak efektywności terapii witaminą B_6 (pirydoksyną) rozumianej jako redukcja dobowego wydalania szczawianów z moczem ≥ 30% w okresie co najmniej 3- miesięcznym; 5) pisemna świadoma zgoda pacjenta na leczenie; w przypadku pacjentów poniżej 18. roku życia – zgoda opiekuna prawnego. 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.	**1. Dawkowanie** Stosowanie produktu leczniczego Oxlumo 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: 1) masa ciała poniżej 10 kg: – 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: – 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: – dawka nasycająca 3 mg / kg m.c., – dawka podtrzymująca 3 mg / kg m.c. raz na 3 miesiące. Szczegółowe warunki stosowania są opisane w ChPL.	**1. Badania przy kwalifikacji** 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: a) co najmniej dwukrotna ocena dobowego wydalania szczawianów z moczem (mmol /1,73 m^2/24h), 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 żylnej, c) badanie ogólne moczu; 6) USG układu moczowego. **2. Monitorowanie leczenia** Po pierwszych sześciu miesiącach leczenia, lekarz dokonywać będzie oceny odpowiedzi pacjenta na leczenie.

2. Kryteria stanowiące przeciwskazania do włączenia do programu 1) eGFR < 30 ml/min/1,73m^2; 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 żylnej, 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 Zespól 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/1,73m^2); 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/1,73m^2/24h), 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.

Załącznik B.130.

LECZENIE CHORYCH Z DYSTROFIĄ MIĘŚNIOWĄ DUCHENNE'A SPOWODOWANĄ MUTACJĄ NONSENSOWNĄ W GENIE DYSTROFINY (ICD-10: G71.0)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dystrofii mięśniowej Duchenne'a spowodowanej mutacją nonsensowną w genie dystrofiny dokonuje Zespół Koordynujący do spraw leczenia chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny powołany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

1. Kryteria kwalifikacji
Do programu mogą być zakwalifikowani chodzący pacjenci w wieku od 2 lat i z masą ciała powyżej 12 kg z dystrofią mięśniową Duchenne'a spowodowaną przez mutację nonsensowną w genie dystrofiny (nmDMD).
Pacjenci z DMD bez mutacji nonsensownej nie powinni otrzymywać atalurenu.
Ponadto, do programu lekowego kwalifikują się pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie atalurenem w ramach innego sposobu finansowania, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do niniejszego programu lekowego.</td>
<td>1. Dawkowanie
Ataluren stosowany jest doustnie trzy razy na dobę. Zalecane jest dawkowanie wg schematu:
1) rano – 10 mg/kg masy ciała,
2) w południe – 10 mg/kg masy ciała;
3) wieczorem – 20 mg/kg masy ciała
– do łącznej dawki 40 mg/kg masy ciała na dobę.
Sposób podawania atalurenu – zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją Charakterystyką Produktu Leczniczego.</td>
<td>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia
1) wynik badania genetycznego potwierdzający mutację nonsensowną genu dystrofiny;
2) kreatynina w surowicy, eGFR;
3) kinaza kreatynowa w surowicy (CPK);
4) azot mocznika we krwi;
5) cholesterol całkowity;
6) LDL;
7) HDL;
8) trójglicerydy.

2. Monitorowanie leczenia
1) Co 6 miesięcy:
a) CPK, kreatynina w surowicy, azot mocznika we krwi (co 6 do 12 miesięcy),
b) ciśnienie tętnicze skurczowe i rozkurczowe w spoczynku;
2) Co 12 miesięcy ponadto:
a) cholesterol całkowity,</td>
</tr>
</table>

2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do momentu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia pkt.3 oraz z zastrzeżeniem zawartym w pkt.4. **3. Kryteria wyłączenia** 1) rezygnacja pacjenta; 2) dyskwalifikacja z powodu działań niepożądanych; 3) jednoczesne stosowanie dożylnych aminoglikozydów; 4) trwała utrata zdolności do chodzenia (tj. utrzymująca się powyżej 6-ciu miesięcy). **4. Warunkowe (czasowe) wykluczenie z programu** Jeżeli konieczne jest leczenie dożylne aminoglikozydami, należy przerwać leczenie atalurenem. Można je wznowić 2 dni po zakończeniu podawania aminoglikozydów. W przypadku, gdy świadczeniobiorca po zakończeniu podawania aminoglikozydów spełnia kryteria wyłączenia z programu, lekarz prowadzący podejmuje decyzję o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu.		b) LDL, c) HDL, d) trójglicerydy. **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 (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 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

Załącznik B.131.

LECZENIE PACJENTÓW Z IDIOPATYCZNĄ WIELOOGNISKOWĄ CHOROBĄ CASTLEMANA (ICD-10: D47.7)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikacji Pacjent musi spełniać wszystkie poniższe kryteria włączenia do programu. 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: a) całkowita liczba neutrofilów ≥ 1,0 x 10^9/l, b) liczba płytek ≥ 50 x 10^9/l, c) hemoglobina < 170 g/l (10,6 mmol/l); 6) stosowanie skutecznej metody antykoncepcji; 7) brak występowania chłoniaka w wywiadzie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni *siltuksymabem* w ramach innego sposobu finansowania terapii (z wyjątkiem badań klinicznych), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.	**1. Dawkowanie** Dawkowanie *siltuksymabu* zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień objęcia refundacją.	**1. Badania przy kwalifikacji** 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 antygenu p24 oraz przeciwciał anty-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. **2. Monitorowanie leczenia** Monitorowanie skuteczności leczenia powinno się odbywać na podstawie kryteriów odpowiedzi według międzynarodowych

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 jakiekolwiek toksyczne działanie niehematologiczne i może być wznowione w tej samej dawce po wyleczeniu. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na *siltuksyma*b 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

		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.

Załącznik B.132.

STOSOWANIE LETERMOWIRU W CELU ZAPOBIEGANIA REAKTYWACJI CYTOMEGALOWIRUSA (CMV) I ROZWOJOWI CHOROBY U DOROSŁYCH, 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**
1. Kryteria kwalifikacji 1) biorca przeszczepu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych; 2) stwierdzona seropozytywność (obecne IgG) biorcy względem CMV; 3) wiek ≥ 18 lat. 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. **2. Określenie czasu leczenia w programie** Stosowanie letermowiru można rozpocząć w dniu przeszczepienia i nie później niż 28 dni po przeszczepieniu. Stosowanie letermowiru w ramach profilaktyki, należy kontynuować do 100 dni po przeszczepieniu.	Zalecane dawkowanie to 1 tabletka 240 mg lub 480 mg na dobę. Modyfikacja dawki letermowiru zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) status serologiczny CMV IgG i IgM biorcy; 2) ocena wydolności wątroby: stężenie bilirubiny i albuminy w surowicy, INR, ASPAT, ALAT, określenie skali Child-Pugh; 3) ocena wydolności nerek: stężenie kreatyniny w surowicy, eGFR. **2. Monitorowanie leczenia** 1) ilościowe badanie CMV DNA - stężenie lub liczba kopii w ml w surowicy lub pełnej krwi wykonywane nie rzadziej niż raz na dwa tygodnie w trakcie stosowania letermowiru. **3. Monitorowanie programu** 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

3. Kryteria wyłączenia i przeciwskazania do włączania do programu Nie należy włączać do programu pacjentów, u których stwierdzono wystąpienie, co najmniej jednego z poniższych kryteriów: 1) wiek ≤ 18 lat; 2) ciężkie (klasa C w skali Child-Pugh) zaburzenia czynności wątroby; 3) umiarkowane zaburzenia czynności wątroby (klasa B w skali Child-Pugh) i współwystępujące umiarkowane (wartość eGFR 31,0 do 56,8 ml/min/1,73 m^2) lub ciężkie (wartość eGFR 11,9 do 28,1 ml/min/1,73 m^2) zaburzenia czynności nerek; 4) stosowanie pimozydu, alkaloidów sporyszu, ziela dziurawca zwyczajnego; 5) stosowanie dabigatranu, atorwastatyny, simwastatyny, rosuwastatyny lub pitawastatyny, jeśli konieczne jest stosowanie letermowiru łącznie z cyklosporyną; 6) stwierdzenie przez lekarza prowadzącego konieczności rozpoczęcia leczenia wyprzedzającego wskutek wystąpienia u pacjenta klinicznie istotnej CMV DNA-emii (nie dotyczy wykrywania CMV DNA uwalnianego z komórek w postaci niezakaźnej). Pacjenta należy wyłączyć z programu w przypadku wystąpienia wskazań i spełnienia kryteriów do rozpoczęcia leczenia wyprzedzającego w oparciu o wynik badania ilościowego CMV DNA w surowicy lub pełnej krwi (zgodnie ze standardową procedurą operacyjną ośrodka transplantacyjnego prowadzącego leczenie).		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.

Załącznik B.133.

PROFILAKTYCZNE LECZENIE CHORYCH NA MIGRENĘ PRZEWLEKŁĄ (ICD-10: G43)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>W programie finansuje się dwie linie leczenia migreny przewlekłej substancjami:
1) Toksyna botulinowa typu A
2) Erenumab
3) Fremanezumab
W pierwszej linii leczenia stosuje się toksynę botulinową typu A.
W drugiej linii leczenia dostępna jest jedna terapia erenumabem albo fremanezumabem.

1. Kryteria kwalifikacji
1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia toksyną botulinową
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 Disorders, ICHD);
3) minimum 2 udokumentowane próby leczenia profilaktycznego migreny przewlekłej lekami o różnym działaniu, wybranymi spośród:</td>
<td>1. Toksyna botulinowa
Lek podaje się wielopunktowo, zgodnie z zapisami aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyki Produktu Leczniczego.
Jednorazowo podaje się pacjentowi maksymalną dawkę 195 j.
Kolejne podanie leku następuje po upływie co najmniej 12 tygodni, ale nie później niż 16 tygodni od podania poprzedniej dawki leku.

2. Erenumab
Zgodnie z zapisami aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyki Produktu Leczniczego:
140 mg erenumabu co 4 tygodnie.

3. Fremanezumab
Zgodnie z zapisami aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyki Produktu Leczniczego:</td>
<td>1. Wykaz badań przy kwalifikacji
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.

2. Badania podczas monitorowania leczenia
1) kontrolne wizyty u lekarza z oceną efektów leczenia co 12 tygodni (± 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.</td>
</tr>
</table>

a) topiramat – 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 na dzień włączenia do programu 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) wykluczenie przeciwwskazań do stosowania toksyny botulinowej typu A określonych w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego; 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); 6) pisemna zgoda pacjenta na monitorowanie efektów leczenia przez 12 miesięcy po ostatnim podaniu toksyny botulinowej typu A. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.	225mg fremanezumabu raz na miesiąc lub 675 mg fremanezumabu raz na trzy miesiące.	W ramach monitorowania leczenia pacjent prowadzi odpowiedni dzienniczek. Zakres minimalnych parametrów koniecznych do oceny bólów głowy: 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/przeciwmigrenowych, 7) informacja o efekcie przyjmowanych leków przeciwbólowych/przeciwmigrenowych (np. ustąpienie bólu w ciągu 2 godzin, zmniejszenie bólu, zmniejszenie dokuczliwości objawów towarzyszących). **2. 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.

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 (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) topiramat – 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 na dzień włączenia do programu 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 na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego albo przeciwskazania do stosowania toksyny botulinowej A zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji 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 na dzień wydania decyzji 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 któregokolwiek 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 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 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 na dzień wydania decyzji 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.		

3) pogorszenie lub brak zmiany w jakości życia, mierzone skalą MIDAS, stwierdzone i zweryfikowane podczas wizyt monitorujących; 4) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancje pomocnicze uniemożliwiające kontynuacje leczenia; 5) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających dalsze stosowanie leku.		

Załącznik B.134.

ZAPOBIEGANIE POWIKŁANIOM KOSTNYM U DOROSŁYCH PACJENTÓW Z ZAAWANSOWANYM PROCESEM NOWOTWOROWYM OBEJMUJĄCYM KOŚCI Z ZASTOSOWANIEM DENOSUMABU (ICD-10: C18, C19, C20, C34, C50, C61, C64, C67, C79.5, C90.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
1. Kryteria kwalifikowania 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności wg ECOG 0-2; 3) rozpoznanie: a) uogólniony proces nowotworowy (IV stopień zaawansowania) – potwierdzony histologicznie lub cytologicznie nowotwór lity lub b) szpiczak plazmocytowy; 4) potwierdzona w badaniu obrazowym obecność: a) w przypadku nowotworów litych – co najmniej jednej zmiany przerzutowej do kości; lub b) w przypadku szpiczaka plazmocytowego – co najmniej jednej zmiany osteolitycznej lub zmiany naciekającej kości; 5) a) w przypadku pacjentów z przerzutami do kości z nowotworów litych: nietolerancja lub przeciwskazania do stosowania bisfosfonianów lub	**1. Dawkowanie denosumabu** Denosumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. Wszyscy chorzy powinni otrzymywać co najmniej 500 mg wapnia i 400 j.m. witaminy D na dobę, chyba, że występuje u nich hiperkalcemia (w przypadku hipokalcemii może być konieczne zastosowanie dodatkowej suplementacji wapnia, zgodnie z punktem 4.4 Charakterystyki Produktu Leczniczego).	**1. Badania podczas kwalifikacji do leczenia denosumabem** **1.1. Guzy lite** 1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie rozpoznania nowotworu złośliwego; 2) potwierdzenie obecności co najmniej jednej zmiany przerzutowej do kości w badaniu obrazowym (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej); 3) aktywność AlAT; 4) aktywność AspAT; 5) stężenie bilirubiny; 6) stężenie wapnia; 7) stężenie kreatyniny; 8) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. **1.2. Szpiczak plazmocytowy** 1) potwierdzenie diagnozy szpiczaka plazmocytowego zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej;

b) w przypadku pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym: nietolerancja lub przeciwskazania do stosowania bisfosfonianów lub stwierdzenie zaburzeń funkcji nerek. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Do programu lekowego w celu zapewnienia kontynuacji terapii, mogą być kwalifikowani chorzy, którzy otrzymują obecnie leczenie denosumabem i spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego w chwili rozpoczęcia leczenia. **2. Kryteria uniemożliwiające udział w programie** 1) ciężka, nieleczona hipokalcemia, zgodnie z punktem 4.4 Charakterystyce Produktu Leczniczego; 2) niezagojone rany po zabiegach stomatologicznych lub chirurgicznych w jamie ustnej; 3) martwica kości szczęki lub zapalenie kości szczęki w wywiadzie 4) równoczesne leczenie bisfosfonianami; 5) równoczesne leczenie innymi produktami leczniczymi zawierającymi denosumab (z powodu osteoporozy). **3. Określenie czasu leczenia** 1) Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia. 2) W przypadku szpiczaka plazmocytowego: u chorych, którzy po dwóch latach leczenia denosumabem osiągną co najmniej bardzo dobrą częściową remisję dzięki stosowaniu terapii przeciwszpiczakowej można: – odstawić denosumab i wówczas po co najmniej 6 miesiącach należy podać pacjentowi pojedynczą dawkę bisfosfonianów		2) potwierdzenie występowania co najmniej jednej zmiany osteolitycznej w badaniu obrazowym (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej); 3) aktywność AlAT; 4) aktywność AspAT; 5) stężenie bilirubiny; 6) stężenie wapnia; 7) stężenie kreatyniny; 8) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia denosumabem** 1) oznaczenie stężenia: a) wapnia w surowicy – w ciągu 2 tygodni po podaniu pierwszej dawki oraz następnie w sytuacji, kiedy wystąpią objawy hipokalcemii. Dodatkową kontrolę stężenia wapnia należy rozważyć także podczas leczenia chorych z czynnikami ryzyka rozwoju hipokalcemii lub jeżeli wymaga tego stan chorego. 2) inne badanie w razie wskazań klinicznych. **3. 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 rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

albo – kontynuować stosowanie denosumabu co 6 miesięcy, biorąc pod uwagę choroby współistniejące w tym osteoporozę lub konieczność kontynuacji sterydoterapii. W przypadku nawrotu choroby możliwe jest ponowne rozpoczęcie podawania denosumabu, jeśli chory spełnia kryteria włączenia do programu. **4. Kryteria wyłączenia z programu** 1) objawy nadwrażliwości na denosumabu lub na którąkolwiek substancję pomocniczą preparatu; 2) ciąża, planowanie ciąży, karmienie piersią; 3) wystąpienie martwicy kości szczęki; 4) wystąpienie atypowego złamania kości udowej; 5) progresja bólu kostnego niezależna od progresji choroby podstawowej (w przypadku nowotworów litych), lub niebędąca konsekwencją terapii podstawowej (np. polineuropatii w przypadku szpiczaka plazmocytowego), zdefiniowana jako konieczność włączenia silnych opioidów lub podwojenia dawek podawanych silnych opioidów; 6) terminalne stadium choroby zdefiniowane jako przewidywana długość życia nieprzekraczająca 3 miesięcy; 7) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. wg ECOG.		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.

Załącznik B.135.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBĄ ŚRÓDMIĄŻSZOWĄ 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**
W programie finansuje się leczenie nintedanibem pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc: – przebiegającą z włóknieniem o fenotypie postępującym (PF-ILD), – związanej z twardziną układową. 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. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody jednego z Zespołów, o którym mowa powyżej. **1. Kryteria kwalifikacji** Dla poszczególnych terapii muszą być spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.). **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji:** 1) wiek 18 lat i powyżej,	**1. Dawkowanie** **Maksymalna dawka dobowa:** 300 mg, Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. 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. 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	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB) (do decyzji lekarza), 2) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP), 3) morfologia krwi z rozmazem, 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 bilirubiny w surowicy, 9) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT), 10) oznaczenie czasu protrombinowego (PT) – dotyczy kwalifikacji do leczenia SSc-ILD, 11) oznaczenie stężenia NT-proBNP (do decyzji lekarza) – dotyczy kwalifikacji do leczenia SSc-ILD, 12) oznaczenie wskaźnika INR, 13) oznaczenie stężenia czynnika reumatoidalnego RF – dotyczy kwalifikacji do leczenia PF-ILD, 14) oznaczenie miana p/ciał aCCP,

2) rozpoznanie choroby śródmiąższowej płuc na podstawie badania tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości (TKWR), 3) FVC ≥ 40% wartości należnej, 4) pojemność dyfuzyjna płuc TLco powyżej 30% wartości należnej, 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii, 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego (zwana dalej ChPL), 7) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL, 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią, 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 tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji:** 1.2.1. Terapia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc związanej z twardziną układową: 1) rozpoznanie twardziny układowej (SSc) zgodnie z aktualnymi rekomendacjami EULAR/ACR,	inhibitorami kinaz, które są wskazane i wymagane u danego pacjenta z uwagi na układową chorobę tkanki łącznej, w tym twardziny układowej, zgodnie z rekomendacjami i aktualną wiedzą medyczną należy do lekarza reumatologa prowadzącego leczenie pacjenta z uwzględnieniem korzyści i ryzyka leczenia skojarzonego. 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. 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.	15) oznaczenie miana p/ciał c-ANCA i p-ANCA, 16) oznaczenie miana p/ciał przeciwjądrowych (ANA) met. IF, 17) oznaczenie profilu ANA obejmującego min. anty-Scl-70, przeciwciała antycentromerowe i przeciwko polimerazie RNA III - dotyczy kwalifikacji do leczenia SSc-ILD lub przy dodatnim mianie ANA, 18) test Quantiferon - wyłącznie u chorych na układowe choroby tkanki łącznej przyjmujących leki biologiczne lub immunosupresyjne lub cytotoksyczne lub inne modyfikujące chorobę (do decyzji lekarza), 19) oznaczenie antygenu HBs - wyłącznie u chorych na układowe choroby tkanki łącznej przyjmujących leki biologiczne lub immunosupresyjne lub cytotoksyczne lub inne modyfikujące chorobę (do decyzji lekarza), 20) oznaczenie przeciwciał anty-HCV - wyłącznie u chorych na układowe choroby tkanki łącznej przyjmujących leki biologiczne lub immunosupresyjne lub cytotoksyczne lub inne modyfikujące chorobę (do decyzji lekarza), 21) oznaczenie antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo) - wyłącznie u chorych na układowe choroby tkanki łącznej przyjmujących leki biologiczne lub immunosupresyjne lub cytotoksyczne lub inne modyfikujące chorobę (do decyzji lekarza), 22) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym), 23) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza), 24) badanie kapilaroskopowe – dotyczy kwalifikacji do leczenia SSc-ILD, 25) elektrokardiografia (EKG), 26) ECHO serca, 27) spirometria (maksymalnie do 3 m-cy przed kwalifikacją),

2) do terapii nintedanibem kwalifikują się pacjenci spełniający jedno z poniższych kryteriów a-c: a) zmiany włókniste w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% objętości płuc oraz udokumentowano: – 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. 1.2.2. Terapia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc przebiegającą z włóknieniem o fenotypie postępującym (PF-ILD): 1) do terapii nintedanibem kwalifikują się pacjenci z rozpoznaniem: a) układowej choroby tkanki łącznej, w tym reumatoidalnego zapalenia stawów zgodnie z aktualnymi rekomendacjami EULAR/ACR (ustalonym w ośrodkach reumatologicznych) – kwalifikacji dokonuje Zespół		28) wskaźnik transferu płucnego dla CO (TLco) (maksymalnie do 3 m-cy przed kwalifikacją), 29) pletyzmografia (maksymalnie do 3 m-cy przed kwalifikacją), 30) TK wysokiej rozdzielczości klatki piersiowej (TKWR) (maksymalnie do 12 m-cy przed kwalifikacją), 31) gazometria krwi lub pulsoksymetria, 32) konsultacja pulmonologiczna lub reumatologiczna (do decyzji lekarza). **2. Monitorowanie terapii** 1) badania laboratoryjne a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny/GFR w surowicy, c) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AspAT), d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (AlAT), e) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy, f) oznaczenie czasu protrombinowego (PT), g) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT). Wymienione badania powinny być wykonywane po 1 miesiącu (±15 dni), po 3 miesiącach (±1 miesiąc) i po 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania leku. Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe należy powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (±3 miesiące). 2) badania czynnościowe układu oddechowego: a) spirometrię,

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) Do terapii nintedanibem kwalifikują się pacjenci spełniający jedno 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 – 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 postaci ILD, jeśli jego zastosowanie nie jest przeciwwskazane oraz nie istnieją ograniczenia dotyczące jego stosowania, które stosowane		b) wskaźnik transferu płucnego dla CO (TLco), c) pletyzmografię, d) gazometrię krwi lub pulsoksymetrię. Wymienione badania powinny być wykonywane po każdych 12 miesiącach (±3 miesiące) od pierwszego podania leku. 3) badanie obrazowe płuc: a) TKWR klatki piersiowej. Badanie należy wykonać po 12 miesiącach (±3 miesiące) od pierwszego podania leku. W przypadku kontynuacji leczenia w programie, decyzja o terminie kolejnego badania należy do lekarza prowadzącego; 4) badania układu krążenia: a) elektrokardiografia (EKG) po każdych 6 miesiącach (±3 miesiące), b) ECHO serca po każdych 12 miesiącach (±3 miesiące). 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.

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. **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. 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 każdych kolejnych 12 miesiącach (±3 miesiące), potwierdzone		**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 za pomocą odpowiedniej aplikacji internetowej danych dotyczących oceny skuteczności leczenia na podstawie uzyskanych wyników badań opisanych w pkt 2; 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.

w dwóch badaniach spirometrycznych wykonanych w odstępie co najmniej 2 tygodni, 2) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL, 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą, 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwia ją dalsze prowadzenie leczenia, 5) okres ciąży lub 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 jego prawnych opiekunów **4. Kryteria ponownego włączenia do programu** 1) pacjent, u którego leczenie nintedanibem, 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 ZespółKoordynacyjny lub lekarz prowadzący,		

3) w uzasadnionych sytuacjach klinicznych, w przypadku zaprzestania podawania nintedanibu z powodu spełnienia przez pacjenta kryterium braku adekwatnej odpowiedzi określonego w pkt. 3.1, jeśli w opinii lekarza prowadzącego brak terapii nintedanibem 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.		

Załącznik B.136.FM.

LECZENIE CHORYCH NA GRUŹLICĘ LEKOOPORNĄ (MDR/XDR) (ICD-10: A15)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**DAWKOWANIE LEKÓW**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się dwie terapie gruźlicy lekoopornej substancjami: **A. bedakiliną w skojarzeniu z lekami przeciwprątkowymi (gruźlica płuc MDR-TB);** **B. pretomanidem w skojarzeniu z bedakiliną i linezolidem (gruźlica płuc MDR-TB albo XDR-TB).** W programie lekowym istnieje możliwość kwalifikacji pacjenta do terapii 1 albo 2. Nie można traktować powyższych terapii jako linie leczenia. **1. Leczenie wielolekoopornej gruźlicy płuc (MDR-TB) bedakiliną w skojarzeniu z lekami przeciwprątkowymi.** **1.1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek ≥ 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;	**1. Dawkowanie** Dawkowanie i modyfikacja dawkowania zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) poszczególnych leków.	**1. Wykaz badań przy kwalifikacji** 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 plwociny przy pomocy systemu BACTEC MGIT lub wykonanie testu molekularnego w przypadku gruźlicy: a) XDR-TB – potwierdzające oporność bakterii na izoniazyd, ryfamycynę, 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 przeciwskazań 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/µl; 10) brak wcześniejszego leczenia bedakiliną lub badakiliną w skojarzeniu z pretomanidem; 11) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią; 12) wyrażenie zgody przez pacjenta 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 plwociny 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, ryfamycynę, 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 plwociny, 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 przeciwskazań 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 alkohol i narkotyków ocenionego indywidualnie przez lekarza kwalifikującego; 10) BMI > 17 $kg/m^{2;}$ 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 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 leczenia 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;		

2) wystąpienie zagrażającej życiu lub nawrotowej toksyczności mimo zastosowania adekwatnego postepowania, 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/m^2 (tylko w przypadku terapii leczenia pretomanidem w skojarzeniu z bedakiliną oraz linezolidem); 7) zakażenie wirusem HIV z liczbą limfocytów CD4+ ≤ 50 komórek/µl.		

Załącznik B.137.FM.

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**
Kwalifikacji świadczeniobiorców z Krajowej Listy Oczekujących do terapii dokonuje Zespół Koordynujący ds. Leczenia wysoko immunizowanych potencjalnych biorców nerki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek ≥ 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: a) cPRA>=90% i obecność na krajowej liście oczekujących >1 roku; b) cPRA>=85% i <90% i obecność na krajowej liście oczekujących >1 roku i: 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;	**1. Dawkowanie** Dawkowanie zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego (CHPL). **2. Terapia immunosupresyjna** Zgodnie z zapisami CHPL podawanie imlifidazy nie eliminuje potrzeby stosowania leczenia immunosupresyjnego zgodnie ze standardem postępowania.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) potwierdzenie obecności przeciwciał DSA; 2) próba krzyżowa. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1.** Po zakończeniu leczenia (monitorowanie kontynuowane przez okres 12 miesięcy po podaniu imlifidazy): 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 przeciwskazania 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.

Załącznik B.138.FM.

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**
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. **1. Kryteria kwalifikacji** Do leczenia satralizumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie poniższe kryteria: 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 anty-AQP4; 4) EDSS od 0 do 6,5 włącznie; 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	**1. Dawkowanie** **Satralizumab** może być stosowany w monoterapii lub w leczeniu skojarzonym z terapią immunosupresyjną doustnymi kortykosteroidami (maksymalna dawka dobowa 15 mg ekwiwalentu prednizolonu, azatiopryną - maksymalna dawka dobowa 3 mg / kg m.c. lub mykofenolanem mofetylu – maksymalna dawka dobowa 3 000 mg). Szczegółowe informacje dotyczące dawkowania oraz jego modyfikacji znajdują się w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badania laboratoryjne: 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 anty-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 antygenu HBs), HCV (brak przeciwciał anty-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 anty-CD20, ekulizumabem, przeciwciałem monoklonalnym anty-BLyS, lekiem zapobiegającym nawrotom stwardnienia rozsianego w ciągu 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu; 5) wcześniejsze leczenie anty-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 (ED-5Q lub SF-36) – 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 każdych 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 definicja 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 ≥ 1,0 pkt. EDSS od wyjściowego wyniku EDSS wynoszącego więcej niż 0 (lub wzrost o ≥2,0 pkt. EDSS od wyjściowego wyniku EDSS wynoszącego 0), ii. wzrost o ≥ 2,0 pkt. w co najmniej jednym właściwym dla danego objawu wyniku dla oceny układu czynnościowego (piramidowego, móżdżkowego, pnia mózgu, czuciowego, pokarmowego lub moczowego, pojedynczego oka), iii. wzrost o ≥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 ≥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;

6) brak współpracy ze strony pacjenta przy realizacji programu.		2) ocena bezpieczeństwa: a) monitorowanie zakażenia dróg moczowych i górnych dróg oddechowych; 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 (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) 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 rzutu d) jakość życia – na podstawie odpowiednich dla schorzenia skali (ED-5Q lub SF-36), e) data zgonu, f) data zakończenia leczenia; 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.

Załącznik B.139.

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)		
1. Kryteria kwalifikacji do terapii 177Lu-DOTATATE 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 [^{68}Ga]Ga-DOTATATE) lub - w razie braku dostępu - scyntygrafii (SPECT/CT z [^{99m}Tc]Tc-HYNIC-TOC) - nadekspresja receptorów w tkance guza (nowotwór pierwotny i przerzuty) z wychwytem radiofarmaceutyku co najmniej równym prawidłowemu wychwytowi w wątrobie, wychwyt w skali Krenninga ≥ 2); 4) udokumentowana progresja choroby w czasie 12 miesięcy przed włączeniem do programu, określona według kryteriów klinicznych i/lub hormonalnych i/lub RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors); 5) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji ECOG (Eastern	**1. Dawkowanie 177Lu-DOTATATE** Zalecany schemat leczenia obejmuje do 4 infuzji po 7 400 MBq każda. Zalecany odstęp pomiędzy każdym podaniem wynosi 8 tygodni i można go wydłużyć aż do 16 tygodni w przypadku występowania objawów toksyczności modyfikującej dawkę. 177Lu-DOTATATE należy podawać w powolnej infuzji trwającej około 30 minut (zalecana metoda grawitacyjna), jednocześnie z roztworem aminokwasów podawanym w osobnej infuzji dożylnej. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 177Lu-DOTATATE** 1) badanie histopatologiczne oraz ocena stopnia złośliwości; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia: 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 [^{68}Ga]Ga-DOTATATE lub SPECT/CT z [^{99m}Tc]Tc-HYNIC-TOC w zależności dostępności danej metody diagnostycznej; 9) PET/CT z [^{18}F]F-FDG w uzasadnionych przypadkach, w

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. 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 włącznie 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) trwałe (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) jakiekolwiek 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:		zależności od wskazań klinicznych; 10) test ciążowy 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 (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

bilirubinemia, ALT, AST > 3 x górna granica normy, lub hipoalbuminemia < 30 g/l ze zmniejszeniem współczynnika protrombinowego < 70%, e) jakiekolwiek 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; 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 przeztętnicza terapia dowątrobowa lub chemioterapia, w czasie 12 tygodni poprzedzających udział w programie.		3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.
LECZENIE PACJENTÓW Z NOWOTWORAMI NEUROENDOKRYNNYMI PRZEWODU POKARMOWEGO WYWODZĄCEGO SIĘ ZE ŚRODKOWEGO ODCINKA PRAJELITA (MIDGUT) (ICD-10 C17.0-C17.9, C18.0-C18.4)		
1. Kryteria kwalifikacji to terapii 177Lu-DOTATATE 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 poprzecznej (stopień G1 lub G2, indeks	**1. Dawkowanie 177Lu-DOTATATE** Zalecany schemat leczenia obejmuje do 4 infuzji po 7 400 MBq każda. Zalecany odstęp pomiędzy każdym podaniem wynosi 8 tygodni i można go wydłużyć aż do 16 tygodni w przypadku występowania objawów toksyczności modyfikującej dawkę.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) badanie histopatologiczne oraz ocena stopnia złośliwości; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia: a) bilirubiny, b) aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) aminotransferazy asparaginianowej (AST);

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 [^{68}Ga]Ga-DOTATATE) lub scyntygrafii – w razie braku dostępu - (SPECT/CT z [^{99m}Tc]Tc-HYNIC-TOC) - nadekspresja receptorów w tkance guza (nowotwór pierwotny i przerzuty) z wychwytem radiofarmaceutyku co najmniej równym prawidłowemu wychwytowi w wątrobie, wychwyt 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 (ostatnie badanie obrazowe wykonane w ciągu 6 tyg. przed zakwalifikowaniem do leczenia) 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. 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	177Lu-DOTATATE należy podawać w powolnej infuzji trwającej około 30 minut (zalecana metoda grawitacyjna), jednocześnie z roztworem aminokwasów podawanym w osobnej infuzji dożylnej. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.	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 [^{68}Ga]Ga-DOTATATE lub SPECT/CT z [^{99m}Tc]Tc-HYNIC-TOC lub w zależności od dostępności danej metody diagnostycznej; 9) PET/CT z [^{18}F]F-FDG w uzasadnionych przypadkach, w zależności od wskazań klinicznych; 10) test ciążowy 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.

leczenia spełniali kryteria kwalifikacji oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włącznie 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) trwałe (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) jakiekolwiek 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 hipoalbuminemia < 30 g/l ze zmniejszeniem współczynnika protrombinowego < 70%, e) jakiekolwiek 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; 2) ciężka niewydolność krążenia (stopień III - IV w skali		2) scyntygrafia poterapeutyczna. **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 (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.

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 przeztętnicza terapia dowątrobowa lub chemioterapia, w czasie 12 tygodni poprzedzających udział w programie.		

Załącznik B.140.

LECZENIE WSPOMAGAJĄCE ZABURZEŃ CYKLU MOCZNIKOWEGO (ICD-10: E72.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich 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. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) zaburzenie cyklu mocznikowego potwierdzone badaniem enzymatycznym, biochemicznym lub genetycznym, obejmujące niedobór: a) syntetazy karbamoilofosforanowej I, lub b) karbamoilotransferazy ornitynowej, lub c) syntetazy argininobursztynianowej, lub d) liazy argininobursztynianowej, lub e) arginazy I, lub	**1. Dawkowanie** Fenylomaślan glicerolu należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji do leczenia** 1) stężenie amoniaku we krwi; 2) profil aminokwasów w osoczu; 3) wydalanie kwasu orotowego w moczu (metodą ilościową); 4) przy podejrzeniu zespołu HHH - profil aminokwasów w moczu; 5) przy podejrzeniu deficytu liazy argininobursztynianu – poziom argininobursztynianu we krwi lub moczu; 6) analiza DNA w kierunku wariantu odpowiedzialnego za hiperamonemię; 7) konsultacja psychologa (ocena rozwoju psychoruchowego / intelektualnego); 8) konsultacja neurologa; 9) konsultacja dietetyka (z oceną skuteczności stosowanej dotychczas diety oraz zawartości białka całkowitego i naturalnego w diecie); 10) szczegółowy wywiad dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii.

f) translokazy ornitynowej (tzw. zespół HHH tj. hiperamonemia-hiperornitynemia-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 Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **4. Kryteria wyłączenia z dalszego udziału w programie** Spełnienie któregokolwiek z poniższych warunków: 1) przeszczepienie wątroby; 2) nadwrażliwość na fenylooctan 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.

Załącznik B.141.FM.

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**
W programie lekowym finansuje się leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym substancjami: 1) *awelumab*; 2) *niwolumab*; 3) *enfortumab wedotyny*; ***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. ***Niwolumab*** stosowany jest w leczeniu uzupełniającym raka urotelialnego naciekającego błonę mięśniową u dorosłych z ekspresją PD-L1 na komórkach guza ≥ 1% i z wysokim ryzykiem nawrotu po radykalnej cystektomii z cechą R0. ***Enfortumab wedotyny*** 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 uprzedniej terapii opartej o chemioterapię pochodnymi platyny i inhibitor receptora programowanej śmierci komórki 1 (PD-1) lub inhibitor ligandu	**1. Dawkowanie** 1) Dawka *awelumabu*: 800 mg co 2 tygodnie; 2) Dawka *niwolumabu*: 240 mg co 2 tygodnie lub 480 mg co 4 tygodnie; 3) Dawka *enfortumabu wedotyny*: 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. Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL). Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualnymi ChPL poszczególnych leków.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badanie histopatologiczne w celu potwierdzenia raka urotelialnego; 2) ocena, za pomocą zwalidowanego testu, poziomu ekspresji PD-L1 w tkance nowotworowej – dotyczy terapii *niwolumabem*; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny; 6) oznaczenie stężenia bilirubiny; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej; 8) oznaczenie aktywności hormonu tyreotropowego (TSH) i tetrajodotyroniny (fT4) – dotyczy terapii awelumabem i niwolumabem; 9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy – dotyczy terapii *awelumabem*; 10) oznaczenie stężenia glukozy; 11) oznaczenie antygenu HBs (HbsAg); 12) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych; 13) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;

programowanej śmierci komórki 1 (PD-L1). **1. Kryteria kwalifikacji do leczenia pacjentów z rakiem urotelialnym** Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych (jeśli dotyczy). **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 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 0-1 według kryteriów ECOG; 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 przeciwskazanie 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		14) TK klatki piersiowej i jamy brzusznej; 15) TK miednicy w przypadku terapii *niwolumabem* i *enfortumabem wedotyny*; 16) RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie; 17) 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); 18) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych; 19) elektrokardiogram (EKG); 20) pomiar ciśnienia tętniczego. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST 1.1. **2. Monitorowanie leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 3) oznaczenia stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie stężenia glukozy; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej; 7) inne badania w zależności od wskazań klinicznych. Badania wykonuje się:

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; 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		1) co 2 tygodnie w przypadku morfologii krwi z rozmazem (po okresie 3 miesięcy leczenia co 8 tygodni); 2) co 8 tygodni w przypadku pozostałych badań (lub częściej w zależności od wskazań klinicznych). **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. Badania wykonuje się: 1) co 12 tygodni lub częściej, jeśli wymaga tego stan kliniczny pacjenta; 2) 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* oraz *niwolumabu*: 1) śmiertelność – przeżycie całkowite (OS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty zgonu z jakiejkolwiek przyczyny; 2) przeżycie bez progresji choroby (PFS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszej udokumentowanej progresji choroby lub zgonu z jakiejkolwiek przyczyny-

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 przerzutów odległych; 2) przeprowadzenie radykalnej cystekomii z cechą R0 w okresie do 120 dni przed włączeniem do leczenia; 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 *prednizonu* 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 *cisplatynie*; 7) potwierdzenie badaniem histopatologicznym wysokiego ryzyka nawrotu nowotworu; 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		dotyczy terapii *awelumabem*; 3) przeżycie wolne od choroby (DFS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszego nawrotu lub zgonu – dotyczy terapii *niwolumabem*; 4) jakość życia oceniana na podstawie kwestionariusza EQ-5D-3L; 5) 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 jakiejkolwiek przyczyny – przeżycie całkowite z oczekiwaną medianą 12,9 miesiąca; 2) przeżycie bez progresji choroby (PFS) tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszej udokumentowanej progresji choroby lub zgonu z jakiejkolwiek 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 jakiejkolwiek 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: — odpowiedź całkowita (CR) lub odpowiedź częściowa

opartej na platynie; 8) potwierdzenie poziomu ekspresji PD-L1 na komórkach nowotworowych ≥ 1%. **1.2.3. Enfortumabem wedotyny** 1) rak w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze 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). 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 *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.		(PR) mierzonych według aktualnych kryteriów RECIST lub — stabilizacja choroby (SD) -oczekiwany wynik: 71,9%. Pierwszą ocenę odpowiedzi na leczenie *enfortumabem wedotyny* wykonuje się w 8 tygodniu leczenia (po dwóch pierwszych 28-dniowych cyklach leczenia). **4. 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 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).

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* lub *enfortumabem wedotyny;* 2) nawrót choroby- dotyczy terapii *niwolumabem*; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) obniżenie sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG; 5) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek, białko mysie lub na którąkolwiek substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 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) 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.		

Załącznik B.142.

LECZENIE DOROSŁYCH PACJENTÓW Z ZESPOŁAMI MIELODYSPLASTYCZNYMI Z TOWARZYSZĄCĄ NIEDOKRWISTOŚCIĄ ZALEŻNĄ OD TRANSFUZJI (ICD-10: D46.1)

<table>
<tr><th colspan="3">ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</th></tr>
<tr><th>ŚWIADCZENIOBIORCY</th><th>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</th><th>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</th></tr>
<tr>
<td>1. Kryteria kwalifikacji
Do programu kwalifikowani są pacjenci w wieku 18 lat i powyżej, z:
1) anemią zależną od przetoczeń (≥2 jednostki kkcz w okresie 8 tygodni w ciągu 16 tygodni przed kwalifikacją do programu);
2) w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o bardzo niskim, niskim lub pośrednim ryzyku wg R-IPSS;
3) z syderoblastami pierścieniowatymi (MDS-RS definiowane jest przy ≥15% syderoblastów pierścieniowatych lub ≥5% syderoblastów pierścieniowatych w przypadku obecności mutacji SF3B1);
4) u których wystąpiła niedostateczna odpowiedź na leczenie lekami stymulującymi erytropoezę, lub którzy nie kwalifikują się do takiego leczenia - zgodnie z aktualnie obowiązującymi wytycznymi;
5) jeśli do programu kwalifikowane są kobiety mogące zajść w ciążę muszą stosować skuteczną metodę antykoncepcji w trakcie leczenia i przez okres co najmniej 3 miesięcy po przyjęciu ostatniej dawki leku.
Wszystkie powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, są kwalifikowani pacjenci z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o bardzo niskim, niskim lub pośrednim ryzyku (wg R-IPSS), z syderoblastami pierścieniowatymi, leczeni luspaterceptem w ramach innego</td>
<td>1. Dawkowanie
Zalecana dawka początkowa luspaterceptu 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.
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.
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.

Szczegółowe informacje odnośnie dawkowania oraz jego modyfikacji zawarte są w aktualnym na dzień wydania decyzji dokumencie Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL).</td>
<td>1. Badania dodatkowe przy kwalifikacji
1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;
2) oznaczenie mutacji SF3B1 u chorych z obecnością syderoblastów pierścieniowatych ≥5% i ≤ 15%;
3) test ciążowy przed rozpoczęciem leczenia u kobiet mogących zajść w ciąże.
Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.

2. Monitorowanie leczenia
1) morfologia krwi obwodowej przed każdym podaniem luspaterceptu.

3. Monitorowanie programu
1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</td>
</tr>
</table>

sposobu finansowania terapii, jeśli w momencie włączenia luspaterceptu spełnione były ww. kryteria kwalifikacji. **2. Określenie czasu leczenia** Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie. **3. Kryteria wyłączenia** 1) brak odpowiedzi na leczenie ocenionej po 8 cyklach leczenia; odpowiedź na leczenie definiuje się jako spełnienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów: a) okres niezależności od przetoczeń kkcz ≥ 8 tyg., b) zmniejszenie o co najmniej 50% liczby jednostek przetoczonych przez okres min 8 tyg. względem analogicznego okresu przed włączenie pacjenta do programu, c) poprawa stężenia hemoglobiny o ≥ 1,5 g/dl wykazana w ≥2 kolejnych pomiarach i utrzymanej przez ≥8 tyg. w porównaniu do średniej z 2 pomiarów w okresie 16 tygodni poprzedzających włączenie pacjenta do programu; 2) brak zmniejszenia zależności od przetoczeń po 3 cyklach leczenia przy maksymalnym poziomie dawki luspaterceptu; 3) nadwrażliwość na luspatercept lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 4) wystąpienie toksyczności na nieakceptowalnym poziomie zgodnie z ChPL; 5) progresja choroby podstawowej (MDS); 6) ciąża; 7) odmowa stosowania przez kobiety mogące zajść w ciążę skutecznej metody antykoncepcji.		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 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.

Załącznik B.143.

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**
Kwalifikacji pacjentów do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich 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. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) hiperamonemia rozpoznana przy stężeniu amoniaku: a) >90 μmol/l u dzieci, b) >50 μmol/l u dorosłych, 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. 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.	**1. Dawkowanie** Początkowa dawka dobowa powinna wynosić 100 mg/kg, w razie potrzeby do 250 mg/kg. Następnie dawkę należy dostosować indywidualnie tak, aby utrzymać prawidłowe stężenie amoniaku w osoczu wg zasad opisanych w ChPL. Do tabletek należy dodać co najmniej 5-10 ml wody, do powstania zawiesiny i połknąć natychmiast lub podać szybko strzykawką przez zgłębnik nosowo-żołądkowy. Szczegółowe informacje odnośnie dawkowania oraz jego modyfikacji zawarte są w aktualnym na dzień wydania decyzji dokumencie Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL).	**1. Badania przy kwalifikacji** 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 Ultrarzadkich 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 Ultrarzadkich, 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.

Załącznik B.144.

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**
W programie finansuje się leczenie substancjami: 1) *entrektynib*, 2) *larotrektynib*, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. 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. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne nowotworu litego; 2) obecność fuzji genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK) potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu sekwencjonowania kolejnej generacji (NGS, *next-generation sequencing*) 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	**1. Dawkowanie** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków. **1.1. Entrektynib** Zalecana dawka *entrektynibu* u dorosłych to 600 mg raz na dobę. Zalecana dawka *entrektynibu* u dzieci i młodzieży to 300 mg/m^2 raz na dobę, maksymalnie 400 mg na dawkę dobową u pacjentów o powierzchni ciała do 1,50 m^2 lub 600 mg na dawkę dobową u pacjentów o powierzchni ciała od 1,51 m^2 na dobę. **1.2. Larotrektynib**	**1. Badania przy kwalifikowaniu do leczenia** 1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie obecności nowotworu litego; 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. **2. Badania w celu monitorowania bezpieczeństwa leczenia** 1) morfologia krwi z rozmazem;

chirurgiczna prawdopodobnie doprowadzi do poważnych i niekorzystnych następstw zdrowotnych; 4) brak wcześniejszego leczenia inhibitorem NTRK; 5) wiek od 12 roku życia - w przypadku *entrektynibu*; 6) wyczerpanie możliwości terapeutyczne lub brak innych terapii, dla których potwierdzono korzyści kliniczne w danym wskazaniu, ustalone na podstawie dokumentacji medycznej przez Zespół Koordynacyjny; 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; 8) stan sprawności: a) dorośli oraz dzieci w wieku co najmniej 16 lat 0-1 według w skali ECOG lub równoważny wynik w skali Karnofsky'ego, b) dzieci poniżej 16 r.ż. co najmniej 50 w skali Lansky'ego; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej na dzień wydania decyzji ChPL; 10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną na dzień wydania decyzji ChPL; 11) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji powinny zostać spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w	Zalecana dawka *larotrektynibu* u dorosłych to 100 mg dwa razy na dobę. Zalecana dawka *larotrektynibu* u dzieci i młodzieży to 100 mg/m^2 dwa razy na dobę, maksymalnie 100 mg na dawkę.	2) oznaczenie aktywności kinazy fosfokreatynowej; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) EKG. Wymienione badania powinny być wykonywane co 4 tygodnie za wyjątkiem badania EKG – wg wskazań klinicznych. **3. Badania w celu monitorowania skuteczności leczenia** 1) badanie TK lub MR w zależności od sytuacji klinicznej; 2) inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. (lub RANO w przypadku przerzutów OUN) w zależności od sytuacji klinicznej. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. 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). W grupie pacjentów uzyskujących korzyść kliniczną, tj. odpowiedź obiektywną lub stabilizację choroby, częstotliwość wykonywania badań obrazowych może zostać ustalona indywidualnie przez Zespół Koordynacyjny. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:

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 *entrektynib/larotrektynib* 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 SMPT 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).

a) o 1 lub 2 stopnie w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 2 według kryteriów skali ECOG, b) wynik w skali Karnofsky'ego lub w skali Lansky'ego poniżej 50; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia *entrektynibem /larotrektynibem* ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		

Załącznik B.145.

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**
W ramach programu lekowego chorym na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL) udostępnia się terapię: 1) w I linii leczenia: ***daratumumabem w skojarzeniu z bortezomibem, cyklofosfamidem i deksametazonem***, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 3) uprzednio nieleczona układowa amyloidoza łańcuchów lekkich (AL); 4) eGFR ≥ 20 ml/min/1,73m^2 pc.; 5) stężenie NT-proBNP ≤ 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;	**1. Dawkowanie leków** **1.1. *daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem, cyklofosfamidem i deksametazonem*** Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). Daratumumab s.c. w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnie: 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. Bortezomib: zalecana dawka 1,3 mg/m^2 pc. podawana podskórnie w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu przez pierwsze 6 cykli. Cyklofosfamid: zalecana dawka 300 mg/m^2 pc. podawana doustnie lub dożylnie (dawka maksymalna 500 mg) w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu przez pierwsze 6 cykli. Deksametazon: 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),	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) badania potwierdzające diagnozę układowej amyloidozy AL: a) wykazanie amyloidu za pomocą barwienia dowolnego materiału tkankowego czerwienią Kongo, b) bezpośrednie typowanie amyloidu wykazujące obecność fragmentów łańcuchów lekkich immunoglobulin, c) wykazanie monoklonalnego rozrostu plazmocytów 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 plazmocytów w szpiku czy innych tkankach (badanie histopatologiczne lub cytometryczne); 2) ocena zajęcia narządowego – serce: 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:

10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 11) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 12) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 13) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego; 14) 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, jednak z zastrzeżeniem, iż: 1) maksymalny czas terapii *daratumumabem w skojarzeniu z bortezomibem, cyklofosfamidem i deksametazonem* w I linii leczenia wynosi 24 cykle (96 tygodni), w tym daratumumab z bortezomibem, cyklofosfamidem i deksametazonem podawany jest przez 6 pierwszych cykli, natomiast przez kolejne 18 cykli daratumumab jest podawany w monoterapii.	podawana doustnie lub dożylnie w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu przez pierwsze 6 cykli. **2. Modyfikacja dawkowania leków** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. Przed rozpoczęciem terapii zaleca się profilaktykę przeciwwirusową zapobiegającą reaktywacji wirusa HSV/VZV.	a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), c) oznaczenie stężenia fosfatazy zasadowej, d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, e) ultrasonografia (USG) wątroby; 4) ocena zajęcia narządowego – nerki: a) pomiar ilości białka w dobowej zbiórce moczu, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie klirensu kreatyniny; 5) ocena zajęcia narządowego – inne narządy (jeśli klinicznie uzasadnione); 6) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 7) oznaczenie stężenia i stosunku wolnych łańcuchów lekkich kappa/lambda w surowicy krwi (sFLC); 8) pośredni test antyglobulinowy (test pośredni Coombs'a). **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** Badania wykonywane przed każdym cyklem leczenia: 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 6) oznaczenie klirensu kreatyniny;

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 zbiórce 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/lambda 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 zbiórce 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.

Załącznik B.146.

LECZENIE CHORYCH NA MAKROGLOBULINEMIĘ WALDENSTRÖMA (ICD-10: C88.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego chorym na makroglobulinemię Waldenströma udostępnia się terapię ***zanubrutynibem w monoterapii***: 1) w I linii leczenia u chorych niekwalifikujących się do immunochemioterapii, albo 2) w II i kolejnych liniach leczenia, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 3) potwierdzone rozpoznanie makroglobulinemii Waldenströma u pacjenta: a) uprzednio nieleczonego i niekwalifikującego się do immunochemioterapii, albo b) po uprzednim zastosowaniu co najmniej jednej linii leczenia; 4) obecność wskazań do leczenia według aktualnych zaleceń International Workshop on Waldenström's Macroglobulinemia (IWWM);	**1. Dawkowanie leku** **1.1. *zanubrutynib w monoterapii*** Zalecana dawka zanubrutynibu wynosi 320 mg na dobę. Dawkę dobową można przyjmować raz na dobę, albo podzielić na dwie dawki po 160 mg i przyjmować dwa razy na dobę. **2. Modyfikacja dawkowania leku** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) oznaczenie stężenia monoklonalnego białka IgM w surowicy (proteinogram i immunofiksacja); 2) badanie potwierdzające rozpoznanie makroglobulinemii Waldenströma – trepanobiopsja szpiku wraz z badaniem immunohistochemicznym potwierdzającym klonalny naciek chłoniaka limfoplazmocytowego – w przypadku stosowania zanubrutynibu w I linii leczenia – o ile nie było wykonane wcześniej; 3) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym krwinek białych); 4) ocena wydolności nerek: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi; c) oznaczenie wskaźnika eGFR; 5) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;

5) liczba neutrofili $\geq 0{,}75 \times 10^9/l$ 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.		6) oznaczenie czasu protrombinowego (PT); 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: a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym krwinek białych); b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); c) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, e) 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:

3. Kryteria wyłączenia z programu 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.		1) raz na 3 miesiące – oznaczenie stężenia monoklonalnego białka IgM w surowicy (proteinogram, a w razie potrzeby immunofiksacja); 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. 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) całkowita odpowiedź (CR), b) bardzo dobra częściowa odpowiedź (VGPR), c) częściowa odpowiedź (PR),

		d) mniejsza odpowiedź (MR), e) choroba stabilna (SD), f) progresja choroby (PD), g) przeżycie bez progresji choroby (PFS), h) 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.

Załącznik B.147.

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**
1. Kryteria włączenia do programu Do leczenia *esketaminą* w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający łącznie następujące kryteria: 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 lub ciężkim 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;	**1. Dawkowanie** **1.1. Pacjenci poniżej 65 r.ż.** **Faza indukcji:** – **tygodnie 1-4:** pierwsze podanie 56 mg, kolejne podania 56 mg lub 84 mg dwa razy w tygodniu. Pod koniec fazy indukcji należy ocenić dowody korzyści terapeutycznej, aby określić potrzebę kontynuacji leczenia. **Faza podtrzymująca:** – **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. Konieczność dalszego leczenia należy okresowo oceniać. **1.2. Pacjenci od 65 roku życia** **Faza indukcji:**	**1. Badania przy kwalifikacji do programu** 1) ocena nasilenia depresji wg skali MADRS; 2) badanie psychiatryczne mające na celu udokumentowanie wykluczenia: a) zaburzeń osobowości, b) choroby afektywnej dwubiegunowej, c) uzależniania od alkoholu, leków nasennych, uspokajających, przeciwbólowych lub narkotyków; 3) aktywność aminotransferaz (ASPAT, AlAT); 4) badanie poziomu TSH; 5) pomiar ciśnienia krwi; 6) test ciążowy w celu wykluczenia ciąży – w przypadku kobiet w wieku rozrodczym. **2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** 1) pomiar ciśnienia krwi (przed podaniem leczenia oraz około 40 minut po podaniu dawki, a następnie, zgodnie z potrzebą kliniczną); 2) ocena pod kątem rozwoju zachowań lub stanów nadużywania lub niewłaściwego stosowania leku.

8) obecny epizod trwający co najmniej 6 miesięcy wg daty pierwszej wizyty lekarskiej związanej z leczeniem tego epizodu;

9) wykluczenie rozpoznanie zaburzeń osobowości typu *borderline* lub choroby afektywnej dwubiegunowej;

10) brak historii uzależnień w wywiadzie (uzależnienie od alkoholu, leków nasennych, uspokajających, przeciwbólowych lub narkotyków);

11) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;

12) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii;

13) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL.

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.

2. Określenie czasu leczenia w programie

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).

Pod koniec fazy indukcji (po 4 tygodniach leczenia) należy ocenić dowody korzyści terapeutycznej, aby określić potrzebę kontynuacji leczenia.

– **tygodnie 1-4:** pierwsze podanie 28 mg, kolejne podania 28 mg, 56 mg lub 84 mg dwa razy w tygodniu.

Wszystkie zmiany dawki powinny przyrastać stopniowo o 28 mg.

Pod koniec fazy indukcji należy ocenić dowody korzyści terapeutycznej, aby określić potrzebę kontynuacji leczenia.

Faza podtrzymująca:

– **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.

Wszystkie zmiany dawki powinny przyrastać stopniowo o 28 mg.

Konieczność dalszego leczenia należy okresowo oceniać.

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.

2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia

1) ocena nasilenia objawów według skali MADRS:
   a) w fazie indukcji:
      – jeden raz w tygodniu,
      – po koniec fazy indukcji w celu oceny **skuteczności terapii** warunkującej kontynuację leczenia - zgodnie z pkt 1 kryteriów wyłączenia,
   b) w fazie podtrzymującej:
      – przy każdym podaniu leku w celu oceny ewentualnej **utraty 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).

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 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;
3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej,

3. Kryteria wyłączenia z programu 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).		zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.148.

LECZENIE CHORYCH NA RAKA ENDOMETRIUM (ICD-10: C54)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W programie finansuje się leczenie pacjentek z nawrotowym lub zaawansowanym rakiem endometrium substancją czynną *dostarlimab*. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) potwierdzenie nawrotowego lub zaawansowanego (stadium ≥IIIB) raka endometrium o dowolnym typie histologicznym z wykluczeniem mięsaka endometrialnego; 2) wystąpienie progresji zaawansowanego lub nawrotowego raka endometrium w trakcie lub po zakończeniu wcześniejszego schematu chemioterapii dwulekowej zawierającego platynę; 3) zidentyfikowana obecność upośledzenia naprawy nieprawidłowo sparowanych nukleotydów (ang. mismatch repair deficient, dMMR) lub wysokiej niestabilności mikrosatelitarnej (ang. microsatellite instabilityhigh, MSIH) potwierdzonej z wykorzystaniem zwalidowanego testu; 4) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST; 5) wcześniejsze leczenie terapiami hormonalnymi jest dopuszczalne i nie wlicza się do liczby zastosowanych terapii; 6) wiek 18 lat i powyżej; 7) stan sprawności 0-1 według skali ECOG;	**1. Dawkowanie** **1.1. Dostarlimab** 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). Nie zaleca się zmniejszania dawki. Dostalimab należy trwale odstawić, jeśli uszkodzenie wątroby nie ulegnie poprawie do co najmniej 1. stopnia według NCI-CTC w ciągu 12 tygodni od podania ostatniej dawki, a dawka kortykosteroidów nie może być zmniejszona do 10 mg lub mniej prednizolonu na dobę w ciągu 12 tygodni lub równoważnej dawki na dobę w ciągu 12 tygodni lub jakakolwiek reakcji NCI-CTC stopnia 3 lub wyższego. Pozostałe szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego	**1. Badania przy kwalifikacji** 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) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 10) badanie TK lub MR jamy brzusznej, miednicy i klatki piersiowej oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych; 11) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.

8) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 10) brak przeciwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 11) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzone przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 12) zgoda pacjentki na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 13) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. Kryteria kwalifikacji musza być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni dostarlimabem 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. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na dostarlimab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;	zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).	**2. Monitorowanie leczenia** **2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa** 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) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. Badania laboratoryjne krwi wykonuje się co 3 tygodnie (tzn. przed każdym podaniem dostarlimabu) 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.

2) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST, potwierdzonej na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni; 3) obniżenie sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG; 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.		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 (CR) lub częściowa odpowiedz (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.

Załącznik B.149.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBĄ PRZESZCZEP PRZECIWKO GOSPODARZOWI (ICD-10: T86.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
W ramach programu lekowego pacjentom z: 1) ostrą chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD), albo 2) przewlekłą chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD), udostępnia się terapię ruksolitynibem zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. **1. Kryteria kwalifikacji** Muszą zostać spełnione łącznie wszystkie kryteria ogólne (1.1.) oraz wszystkie kryteria szczegółowe (z punktu 1.2. albo 1.3.) dla poszczególnej terapii. **1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji** 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;	**1. Dawkowanie leku** **1.1. ruksolitynib** 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). **2. Modyfikacja dawkowania leku** Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) morfologia krwi; 2) ocena wydolności wątroby: 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). **2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia** **2.1. w przypadku ostrej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD)** 1) badania wykonywane nie rzadziej niż co 14 dni: 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 ≥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, Parvowirus 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 ≥1,0 mg/kg mc, a w przypadku cGvHD umiarkowanej – w dawce ≥0,5-1,0 mg/kg mc. lub odpowiednika przez 2 tygodnie, b) stabilizacja objawów w trakcie przyjmowania metyloprednizolonu w dawce ≥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 jakiejkolwiek 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.		

Załącznik B.150.

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**
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) *anifrolumabem*, 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) pacjenci w wieku ≥ 18 lat: a) z rozpoznaniem TRU na podstawie obowiązujących kryteriów klasyfikacyjnych EULAR/ACR, oraz b) z aktywną chorobą definiowaną jako: i. wartość SLEDAI-2K ≥ 6, w tym wartość klinicznego SLEDAI-2K ≥ 4, lub	**1. Dawkowanie** Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka anifrolumabu to podanie 300 mg co 4 tygodnie w infuzji dożylnej trwającej 30 minut.	**1. Badania przy kwalifikacji** 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 zbiórce moczu w przypadku dodatniego wyniku badania ogólnego moczu; 11) miano p/ciał przeciwjądrowych (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 (do decyzji lekarza); 16) test Quantiferon;

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 > 7,5 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 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 przeciwskazane oraz nie istnieją ograniczenia dotyczące jego stosowania; 2) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 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 lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 5) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR /PTR;		17) obecność antygenu 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 zbiórce moczu (do decyzji lekarza), i) dsDNA, j) stężenie składowych dopełniacza C3 i C4,

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 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 o ≥ 4, b) brak pogorszenia w innych układach narządów, c) brak pogorszenia PGA ≥ 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 ≥ 0,3 w skali 0-3, lub		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 każdych 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. **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 papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

g) wartość SLEDAI-2K ≤ 4 lub wartość klinicznego SLEDAI-2K ≤ 2, h) wartość PGA ≤ 1, 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.		

Załącznik B.151.

LECZENIE CHORYCH NA HIPOFOSFATEMIĘ SPRZĘŻONĄ Z CHROMOSOMEM X (XLH) (ICD-10: E.83.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	**SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE**	**BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU**
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich 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. **1. Kryteria kwalifikacji** 1) rozpoznanie hipofosfatemii sprzężonej z chromosomem X (XLH) potwierdzone obecnością mutacji w genie PHEX u chorego lub bezpośrednio spokrewnionego członka rodziny, z którym związane jest dziedziczenie sprzężone z chromosomem X; 2) dzieci w wieku ≥1 r.ż. oraz młodzież, u której nie nastąpiło zamknięcie płytki wzrostowej (chrząstki nasadowej); 3) radiologicznie potwierdzona choroba kości (RSS ≥2); 4) stężenie fosforanów w surowicy na czczo poniżej zakresu prawidłowego, odpowiedniego dla wieku (dotyczy pacjentów nieleczonych *burosumabem*); 5) przerwanie stosowania doustnych fosforanów i aktywnych analogów witaminy D na 1 tydzień przed rozpoczęciem leczenia *burosumabem*;	**1. Dawkowanie leków w programie** Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL). Zalecana początkowa dawka *burosumabu* wynosi **0,8mg/kg** masy ciała (dawkę należy zaokrąglać do najbliższej wielokrotności 10 mg) podawana co 2 tygodnie. Dawka maksymalna wynosi **90 mg.** Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków.	**1. Badania przy kwalifikacji** 1) dostępny w dokumentacji medycznej wynik potwierdzający obecność mutacji w genie PHEX chorego lub bezpośrednio spokrewnionego członka rodziny, z którym związane jest dziedziczenie sprzężone z chromosomem X; 2) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy; 3) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy; 5) oznaczenie stężenia fosfatazy alkalicznej w surowicy; 6) oznaczenie stężenia parathormonu w surowicy; 7) oznaczenie stężenia fosforanów w moczu; 8) oznaczenie stężenia wapnia w moczu; 9) oznaczenie stężenia kreatyniny w moczu 10) oznaczenie wartości wskaźnika TmP/GFR; 11) oznaczenie wartości wskaźnika Ca/kreatynina; 12) badanie RTG kośćca; 13) badanie USG nerek; 14) ocena ciężkości krzywicy na podstawie skali RSS. **2. Monitorowanie leczenia**

6) wykluczenie ciężkiego zaburzenia czynności nerek lub schyłkowej niewydolności nerek; 7) brak przeciwskazań do terapii określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL); 8) poziom wapnia w surowicy zgodnie z normami skorygowanymi względem wieku; 9) wykluczenie nadczynności przytarczyc. 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** Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. **3. Kryteria wyłączenia z programu** 1) ukończenie przez chorego 18 r.ż.; 2) brak skuteczności ocenianej przez Zespół Koordynacyjny zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności		1) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy; 2) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy; 4) oznaczenie stężenia fosfatazy alkalicznej w surowicy; 5) oznaczenie stężenia parathormonu w surowicy; 6) oznaczenie stężenia fosforanów w moczu; 7) oznaczenie stężenia wapnia w moczu; 8) oznaczenie stężenia kreatyniny w moczu; 9) oznaczenie wartości wskaźnika TmP/GFR; 10) oznaczenie wartości wskaźnika Ca/kreatynina; 11) badanie RTG stawów kolanowych i obu nadgarstków w celu oceny ciężkości krzywicy na podstawie skali RSS; 12) badanie USG nerek. Badania wykonuje się: 1) co 2 tygodnie w przypadku fosforanów w ciągu pierwszego miesiąca (po okresie miesiąca leczenia co 4 tygodnie przez kolejne 2 miesiące, a następnie wg potrzeb); 2) co 6 miesięcy w przypadku pozostałych badań (z wyłączeniem badania RTG stawów kolanowych i obu nadgarstków, USG nerek); 3) co 3 miesiące w przypadku fosfatazy alkalicznej w surowicy; 4) w przypadku wskazań klinicznych wg potrzeb. Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny. Dane gromadzone są w systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który

leczenia pacjenta rozumianej jako niespełnienie jednego z następujących kryteriów ocenianych co 6 miesięcy leczenia: a) brak normalizacji stężenia fosforanów w dwóch kolejnych oznaczeniach lub podwyższenie stężenia fosforanów <30% w stosunku do wartości początkowych (w warunkach, w których osiągnięto maksymalną zalecaną dawkę) oraz brak normalizacji stężenia TmP/GFR przy dwóch kolejnych oznaczeniach lub podwyższenie stężenia TmP/GFR o <30% w stosunku do wartości początkowych, b) brak dynamiki (trendu) normalizacji poziomu fosfatazy alkalicznej (ALP) przy dwóch kolejnych oznaczeniach lub dwukrotne podwyższenie granicy normy poziomu ALP w stosunku do wartości początkowych (z wyłączeniem sytuacji, które fizjologicznie lub patologicznie podwyższają poziom ALP); 3) brak skuteczności ocenianej przez Zespół Koordynacyjny zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta rozumianej jako niespełnienie jednego z następujących kryteriów ocenianych w 12-tym miesiącu leczenia: a) brak poprawy całkowitego wyniku RSS o ≥ 0,5 pkt. w 12 mies. względem wartości początkowych (momentu rozpoczęcia leczenia), b) brak utrzymania wyniku RSS osiągniętego w czasie 12 mies. leczenia; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;		podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. **2. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa** Wskaźniki efektywności mierzone co 6 miesięcy leczenia: 1) normalizacja stężenia fosforanów przy dwóch kolejnych oznaczeniach; 2) normalizacji stężenia TmP/GFR przy dwóch kolejnych oznaczeniach; 3) dynamika (trend) normalizacji poziomu fosfatazy alkalicznej (ALP) przy dwóch kolejnych oznaczeniach; 4) poprawa całkowitego wyniku RSS względem wartości początkowych; 5) utrzymanie wyniku RSS osiągniętego w czasie 12 mies. 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 skuteczności terapii zawartych w punkcie 3; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej

5) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją Zespołu Koordynacyjnego lub 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) okres ciąży lub 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.		lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

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 acetas	Abiral, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05901720140555	<1>2023-01-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3000,00	3240,00	3434,40	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
2	Abirateroni acetas	Abiraterone Accord, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05055565780886	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3150,00	3402,00	3606,12	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
3	Abirateroni acetas	Abiraterone G.L. Pharma, tabl. powl., 250 mg	120 szt.	09008732014020	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3150,00	3402,00	3606,12	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
4	Abirateroni acetas	Abiraterone G.L. Pharma, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	09008732014037	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3150,00	3402,00	3606,12	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
5	Abirateroni acetas	Abiraterone Glenmark, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991472276	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3150,00	3402,00	3606,12	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
6	Abirateroni acetas	Abiraterone Krka, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	03838989746711	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3100,00	3348,00	3548,88	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
7	Abirateroni acetas	Abiraterone Pharmascience, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991485764	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3100,00	3348,00	3548,88	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
8	Abirateroni acetas	Abiraterone Richter, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991484651	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3150,00	3402,00	3606,12	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
9	Abirateroni acetas	Abiraterone Sandoz, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05907626709872	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3000,00	3240,00	3434,40	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
10	Abirateroni acetas	Abiraterone Sandoz, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05907626709865	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3000,00	3240,00	3434,40	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
11	Abirateroni acetas	Abiraterone STADA, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991474102	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3100,00	3348,00	3548,88	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
12	Abirateroni acetas	Abiraterone Vipharm, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05901812162175	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3100,00	3348,00	3548,88	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
13	Abirateroni acetas	Grumabix, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05900411008624	2023-03-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	2900,00	3132,00	3319,92	3319,92	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
14	Abirateronum	Abiraterone Zentiva, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991469986	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3208,00	3464,64	3672,52	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
15	Abirateronum	Zytiga, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991307080	<1>2022-09-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	9300,00	10044,00	10646,64	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
16	Acidum levofolinicum	Levofolic 50 mg/ml roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990648818	2022-07-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	59,80	64,58	68,46	68,46	C.0.01.	bezpłatny	0 zł
17	Acidum levofolinicum	Levofolic 50 mg/ml roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 9 ml	05909990648825	2022-07-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	134,55	145,31	154,03	154,03	C.0.01.	bezpłatny	0 zł
18	Acidum zoledronicum	Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	05909991228392	<1>2021-05-01/<2>2023-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	85,00	91,80	97,31	91,58	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
19	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.	05055565711958	<1>2022-01-01/<2>2023-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	77,00	83,16	88,15	88,15	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
20	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Accord, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 worek po 100 ml	05909991377717	2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	77,00	83,16	88,15	88,15	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
21	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Noridem, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05208063003388	2023-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	80,00	86,40	91,58	91,58	<1>C.68.; <2>C.68.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**
22	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990948994	<1>2021-07-01/<2>2023-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	83,00	89,64	95,02	91,58	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
23	Anagrelidum	Anagrelide Accord, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991359850	2021-11-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	500,00	540,00	572,40	457,92	C.72.	bezpłatny	0 zł
24	Anagrelidum	Anagrelide Accord, kaps. twarde, 1 mg	100 szt.	05909991359867	2021-11-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	1000,00	1080,00	1144,80	915,84	C.72.	bezpłatny	0 zł
25	Anagrelidum	Anagrelide Bluefish, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991422929	2021-09-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	220,00	237,60	251,86	251,86	C.72.	bezpłatny	0 zł
26	Anagrelidum	Anagrelide Glenmark, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 szt.	05902020241652	2021-11-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	380,00	410,40	435,02	435,02	C.72.	bezpłatny	0 zł
27	Anagrelidum	Anagrelide Ranbaxy, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991362140	2021-11-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	400,00	432,00	457,92	457,92	C.72.	bezpłatny	0 zł
28	Anagrelidum	Anagrelide Stada, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991355135	2022-03-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	449,00	484,92	514,02	457,92	C.72.	bezpłatny	0 zł
29	Anagrelidum	Anagrelide Vipharm, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991354480	2021-05-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	510,00	550,80	583,85	457,92	C.72.	bezpłatny	0 zł
30	Anagrelidum	Anagrelide Vipharm, kaps. twarde, 1 mg	100 szt.	05909991354503	2021-05-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	1020,00	1101,60	1167,70	915,84	C.72.	bezpłatny	0 zł
31	Anagrelidum	Thromboreductin, kaps., 0,5 mg	100 szt.	05909990670154	2022-01-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	450,00	486,00	515,16	457,92	C.72.	bezpłatny	0 zł
32	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	1114.0, Aprepitant	60,00	64,80	68,69	68,69	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
33	Aprepitantum	Aprepitant Mylan, kaps. twarde, 125 mg; 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
34	Aprepitantum	Aprepitant Sandoz, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991360818	2022-11-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	85,00	91,80	97,31	68,69	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
35	Aprepitantum	Aprepitant Stada, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991412715	2021-05-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	55,00	59,40	62,96	62,96	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
36	Aprepitantum	Emend, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909990007387	2020-09-01	5 lat	1114.0, Aprepitant	60,00	64,80	68,69	68,69	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
37	Arsenii trioxidum	Arsenic trioxide Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	10 fiol.	05055565763643	<1>2023-11-01/<2>2022-11-01	3 lata	1109.0, Trójtlenek arsenu	6700,00	7236,00	7670,16	7670,16	<1>C.65.b.; <2>C.65.c.	bezpłatny	0 zł
38	Arsenii trioxidum	Trisenox, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	10 fiolek po 6 ml	05909991404406	2022-03-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1109.0, Trójtlenek arsenu	8000,00	8640,00	9158,40	9158,40	<1>C.65.a.; <2>C.65.b.; <3>C.65.c.	bezpłatny	0 zł
39	Azacitidine	Azacitidine Mylan, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05901797710859	<1>2021-05-01/<2>2023-05-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	390,00	421,20	446,47	446,47	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
40	Azacitidinum	Azacitidine Accord, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05055565758359	<1>2023-11-01/<2>2022-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	410,00	442,80	469,37	469,37	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
41	Azacitidinum	Azacitidine Betapharm, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	04251556500117	2023-09-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	369,00	398,52	422,43	422,43	C.69.a.	bezpłatny	0 zł
42	Azacitidinum	Azacitidine Pharmascience, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05909991452001	<1>2021-07-01/<2>2023-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	391,00	422,28	447,62	447,62	<1>C.69.a.; <2>C.69.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**
43	Azacitidinum	Azacitidine Pharmascience, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 150 mg	05909991451998	<1>2021-07-01/<2>2023-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	578,00	624,24	661,69	661,69	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
44	Azacitidinum	Azacitidine Sandoz, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 100 mg	1 fiol.	07613421045159	<1>2021-11-01/<2>2023-11-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	478,00	516,24	547,21	469,37	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
45	Azacitidinum	Azacitidine STADA, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05909991463489	2022-09-01	<1>3 lata/<2>2 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
46	Azacitidinum	Gerodaza, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	09008732013641	2022-09-01	<1>3 lata/<2>2 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
47	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 100 mg	05909991198183	2022-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	1450,00	1566,00	1659,96	1659,96	C.67.	bezpłatny	0 zł
48	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 25 mg	05909991198145	2022-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	362,50	391,50	414,99	414,99	C.67.	bezpłatny	0 zł
49	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	1659,96	C.67.	bezpłatny	0 zł
50	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	414,99	C.67.	bezpłatny	0 zł
51	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Zentiva, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 100 mg	05909991267285	2022-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	776,00	838,08	888,36	888,36	C.67.	bezpłatny	0 zł
52	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Zentiva, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 25 mg	05909991267292	2022-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	194,00	209,52	222,09	222,09	C.67.	bezpłatny	0 zł
53	Bevacizumabum	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	08436596260047	<1><3>2021-09-01/<2>2023-09-01/<4>2022-11-01	<1><3>3 lata/<2><4>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1700,00	1836,00	1946,16	1946,16	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
54	Bevacizumabum	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08436596260030	<1><3>2021-09-01/<2><5>2023-09-01/<4>2022-11-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	425,00	459,00	486,54	486,54	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
55	Bevacizumabum	Avastin, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/4 ml	1 fiol.po 4 ml	05909990010486	<1>2021-03-01/<2>2023-05-01/<3>2022-07-01/<4>2022-05-01/<5>2023-07-01	<1>3 lata/<2><3><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1085,00	1171,80	1242,11	486,54	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
56	Bevacizumabum	Avastin, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg/16 ml	1 fiol.po 16 ml	05909990010493	<1>2021-03-01/<2>2023-05-01/<3>2022-07-01/<4>2022-05-01	<1>3 lata/<2><3><4>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	4340,00	4687,20	4968,43	1946,16	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
57	Bevacizumabum	Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	08715131021870	<1><3>2021-01-01/<2>2023-09-01/<4>2022-09-01	<1><3>3 lata/<2><4>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	2005,40	2165,83	2295,78	1946,16	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.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**
58	Bevacizumabum	Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08715131021863	<1><3>2021-01-01/<2>2023-09-01/<4>2022-09-01/<5>2023-07-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	501,35	541,46	573,94	486,54	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
59	Bevacizumabum	Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	05909991451349	<1><2><3>2022-03-01/<4>2023-01-01	<1><3>3 lata/<2><4>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1690,00	1825,20	1934,71	1934,71	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
60	Bevacizumabum	Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05909991451332	<1><2><3><5>2022-03-01/<4>2023-01-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	422,50	456,30	483,68	483,68	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
61	Bevacizumabum	Vegzelma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	05996537007047	2023-07-01	2 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
62	Bevacizumabum	Vegzelma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05996537008044	2023-07-01	2 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
63	Bewacyzumab	Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	05901797710989	<1><3>2021-11-01/<2>2023-11-01/<4>2022-11-01	<1><3>3 lata/<2><4>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
64	Bewacyzumab	Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05901797710972	<1><3>2021-11-01/<2><5>2023-11-01/<4>2022-11-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>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
65	Bicalutamidum	Bicalutamide Accord, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990851188	2022-07-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	44,00	47,52	50,37	50,37	C.2.	bezpłatny	0 zł
66	Bicalutamidum	Binabic, tabl. powl., 150 mg	28 szt.	05909990697427	2022-05-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	136,00	146,88	155,69	151,11	C.2.	bezpłatny	0 zł
67	Bicalutamidum	Binabic, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990696963	2022-11-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	47,50	51,30	54,38	50,37	C.2.	bezpłatny	0 zł
68	Bleomycini sulphas	Bleomedac, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 15000 IU/fiolkę	1 fiol.po 10 ml	05909990946983	2022-07-01	3 lata	1003.0, Bleomycinum	103,40	111,67	118,37	118,37	C.3.	bezpłatny	0 zł
69	Bortezomibum	Bortezomib Accord, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol. 6 ml	05055565749142	2023-01-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	200,00	216,00	228,96	131,65	C.76.	bezpłatny	0 zł
70	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	329,13	C.76.	bezpłatny	0 zł
71	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	460,78	C.76.	bezpłatny	0 zł
72	Bortezomibum	Bortezomib Accord, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05055565718339	2021-09-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	600,00	648,00	686,88	460,78	C.76.	bezpłatny	0 zł
73	Bortezomibum	Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05906414000771	2021-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	279,00	301,32	319,40	131,65	C.76.	bezpłatny	0 zł
74	Bortezomibum	Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2,5 mg	1 fiol.	05900411003193	2023-03-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	560,00	604,80	641,09	329,13	C.76.	bezpłatny	0 zł
75	Bortezomibum	Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05906414000788	2021-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	945,00	1020,60	1081,84	460,78	C.76.	bezpłatny	0 zł
76	Bortezomibum	Bortezomib Aurovitas/Bortezomib Eugia, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05909991451813	2022-07-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	120,00	129,60	137,38	137,38	C.76.	bezpłatny	0 zł
77	Bortezomibum	Bortezomib Fresenius Kabi, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	04052682057427	2022-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	115,00	124,20	131,65	131,65	C.76.	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**
78	Bortezomibum	Bortezomib Fresenius Kabi, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2,5 mg	1 fiol.	04052682057434	2022-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	150,00	162,00	171,72	171,72	C.76.	bezpłatny	0 zł
79	Bortezomibum	Bortezomib Fresenius Kabi, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	04052682056314	2022-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	182,00	196,56	208,35	208,35	C.76.	bezpłatny	0 zł
80	Bortezomibum	Bortezomib Glenmark, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05902020241461	2021-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	160,00	172,80	183,17	131,65	C.76.	bezpłatny	0 zł
81	Bortezomibum	Bortezomib Glenmark, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05902020241478	2021-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	560,00	604,80	641,09	460,78	C.76.	bezpłatny	0 zł
82	Bortezomibum	Bortezomib SUN, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05909991351762	2022-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	180,00	194,40	206,06	206,06	C.76.	bezpłatny	0 zł
83	Busulfanum	Myleran, tabl. powl., 2 mg	100 szt.	05909990277926	2022-07-01	3 lata	1101.0, Busulfanum	330,00	356,40	377,78	377,78	C.4.	bezpłatny	0 zł
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. 100 ml	05907626707601	2022-09-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	150,00	162,00	171,72	171,15	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
86	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
87	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 50 ml	05907626707595	2022-09-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	75,00	81,00	85,86	85,58	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
88	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	05055565707531	<1>2022-03-01/<2>2023-09-01/<3>2022-01-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	69,00	74,52	78,99	67,83	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
89	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05055565709153	<1>2022-03-01/<2>2023-09-01/<3>2022-01-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	138,00	149,04	157,98	135,66	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
90	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05055565707548	<1>2022-03-01/<2>2023-09-01/<3>2022-01-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	400,00	432,00	457,92	452,20	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
91	Capecitabinum	Capecitabine Glenmark, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	05909991004736	<1>2022-03-01/<2>2023-09-01/<3>2022-01-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	59,25	63,99	67,83	67,83	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
92	Capecitabinum	Capecitabine Glenmark, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909991004699	<1>2022-03-01/<2>2023-09-01/<3>2022-01-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	395,00	426,60	452,20	452,20	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
93	Capecitabinum	Ecansya, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	05909991011079	<1>2022-03-01/<2>2023-09-01/<3>2022-01-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	80,00	86,40	91,58	67,83	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
94	Capecitabinum	Ecansya, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909991011239	<1>2022-03-01/<2>2023-09-01/<3>2022-01-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	533,33	576,00	610,56	452,20	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
95	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 100 ml	05909990816194	2021-05-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	238,00	257,04	272,46	272,46	C.6.	bezpłatny	0 zł
96	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 15 ml	05909990816163	2021-05-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	37,00	39,96	42,36	42,36	C.6.	bezpłatny	0 zł
97	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 45 ml	05909990816170	2021-05-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	94,50	102,06	108,18	108,18	C.6.	bezpłatny	0 zł
98	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 5 ml	05909990816156	2021-05-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	16,90	18,25	19,34	15,07	C.6.	bezpłatny	0 zł
99	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 60 ml	05909990816187	2021-05-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	158,00	170,64	180,88	180,88	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
100	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909990450015	2022-09-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	22,80	24,62	26,10	15,07	C.6.	bezpłatny	0 zł
101	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05909990450022	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	42,50	45,90	48,65	45,22	C.6.	bezpłatny	0 zł
102	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 45 ml	05909990450039	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	129,00	139,32	147,68	135,66	C.6.	bezpłatny	0 zł
103	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 60 ml	05909990662753	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	173,00	186,84	198,05	180,88	C.6.	bezpłatny	0 zł
104	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. a 15 ml	05909990776733	2021-03-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	34,00	36,72	38,92	38,92	C.6.	bezpłatny	0 zł
105	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. a 45 ml	05909990776740	2021-03-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	97,00	104,76	111,05	111,05	C.6.	bezpłatny	0 zł
106	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990776726	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	11,80	12,74	13,51	13,51	C.6.	bezpłatny	0 zł
107	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 60 ml	05909990851058	2022-07-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	122,00	131,76	139,67	139,67	C.6.	bezpłatny	0 zł
108	Carboplatinum	Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05909990477425	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	38,80	41,90	44,42	44,42	C.6.	bezpłatny	0 zł
109	Carboplatinum	Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 45 ml	05909990477432	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	94,50	102,06	108,18	108,18	C.6.	bezpłatny	0 zł
110	Carboplatinum	Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990477418	2022-07-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	23,00	24,84	26,33	15,07	C.6.	bezpłatny	0 zł
111	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990345618	2022-07-01	3 lata	1099.0, Chlorambucilum	71,00	76,68	81,28	81,28	C.8.	bezpłatny	0 zł
112	Ciclosporinum	Sandimmun , koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	10 amp. po 1 ml	05909990119813	2022-01-01	3 lata	1007.0, Ciclosporinum	110,00	118,80	125,93	125,93	C.10.	bezpłatny	0 zł
113	Cisplatinum	Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.a 100 ml	05909990958535	2021-03-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	66,00	71,28	75,56	75,56	C.11.	bezpłatny	0 zł
114	Cisplatinum	Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990958481	2022-11-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	8,36	9,03	9,57	7,56	C.11.	bezpłatny	0 zł
115	Cisplatinum	Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990958504	2022-11-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	39,00	42,12	44,65	37,78	C.11.	bezpłatny	0 zł
116	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05909990838745	2021-03-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	5,80	6,26	6,80	6,80	C.11.	bezpłatny	0 zł
117	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 100 ml	05909990894772	2021-03-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	58,00	62,64	66,40	66,40	C.11.	bezpłatny	0 zł
118	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 50 ml	05909990838769	2021-03-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	29,00	31,32	33,20	33,20	C.11.	bezpłatny	0 zł
119	Cladribinum	Biodribin, roztwór do infuzji, 10 mg	1 fiol.po 10 ml	05909990713417	2022-07-01	3 lata	1009.0, Cladribinum	703,45	759,73	805,31	805,31	C.12.	bezpłatny	0 zł
120	Clofarabinum	Clofarabine Norameda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909991385569	2022-07-01	3 lata	1111.0, Klofarabina	2460,00	2656,80	2816,21	2816,21	C.66.a.; C.66.b.	bezpłatny	0 zł
121	Cyclophosphamidum	Endoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 mg	1 fiol.	05909990241019	2022-01-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	50,89	54,96	58,26	58,26	C.13.	bezpłatny	0 zł
122	Cyclophosphamidum	Endoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 200 mg	1 fiol.	05909990240913	2022-01-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	13,50	14,58	15,45	11,65	C.13.	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**
123	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990240814	2022-01-01	3 lata	1010.2, Cyclophosphamidum p.o.	67,15	72,52	76,87	76,87	C.13.	bezpłatny	0 zł
124	Cytarabinum	Alexan, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990640188	2022-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	7,80	8,42	8,96	8,96	C.14.	bezpłatny	0 zł
125	Cytarabinum	Alexan, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990181216	2022-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	39,00	42,12	44,65	44,65	C.14.	bezpłatny	0 zł
126	Cytarabinum	Alexan, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990181223	2022-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	78,00	84,24	89,29	89,29	C.14.	bezpłatny	0 zł
127	Cytarabinum	Alexan, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 40 ml	05909990624935	2022-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	156,00	168,48	178,59	178,59	C.14.	bezpłatny	0 zł
128	Dacarbazinum	Detimedac 100 mg, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 100 mg	10 fiol.po 100 mg	05909991029500	2021-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	168,00	181,44	192,33	183,17	C.16.	bezpłatny	0 zł
129	Dacarbazinum	Detimedac 1000 mg, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 1000 mg	05909991029807	2021-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	160,00	172,80	183,17	183,17	C.16.	bezpłatny	0 zł
130	Dacarbazinum	Detimedac 200 mg, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 200 mg	10 fiol.po 200 mg	05909991029609	2021-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	320,00	345,60	366,34	366,34	C.16.	bezpłatny	0 zł
131	Dacarbazinum	Detimedac 500 mg, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 500 mg	05909991029708	2021-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	80,00	86,40	91,58	91,58	C.16.	bezpłatny	0 zł
132	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990739035	2021-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	2565,90	2771,17	2937,44	2937,44	C.0.03.	bezpłatny	0 zł
133	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	1 wstrz.po 1 ml	05909990340330	2021-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	2565,90	2771,17	2937,44	2937,44	C.0.03.	bezpłatny	0 zł
134	Dasatinibum	Dasatinib Mylan, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991419943	2023-05-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	3510,00	3790,80	4018,25	4018,25	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
135	Dasatinibum	Dasatinib Mylan, tabl. powl., 140 mg	30 szt.	05909991419950	2023-05-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	4914,00	5307,12	5625,55	5625,55	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
136	Dasatinibum	Dasatinib Mylan, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909991419790	2023-05-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	1404,00	1516,32	1607,30	1607,30	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
137	Dasatinibum	Dasatinib Mylan, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909991419875	2023-05-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	3510,00	3790,80	4018,25	4018,25	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
138	Dasatinibum	Dasatinib Mylan, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991419929	2023-05-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	2808,00	3032,64	3214,60	3214,60	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
139	Daunorubicini hydrochloridum + Cytarabinum	Vyxeos liposomal, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 44 + 100 mg	1 fiol.	00368727109827	2022-09-01	2 lata	1011.3, Daunorubicyna + Cytarabina	22110,00	23878,80	25311,53	25311,53	C.83.	bezpłatny	0 zł
140	Dazatynib	Dasatinib Stada, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991386870	2023-03-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	3690,00	3985,20	4224,31	4224,31	C.92.b.	bezpłatny	0 zł
141	Dazatynib	Dasatinib Stada, tabl. powl., 140 mg	30 szt.	05909991386900	2023-03-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	5166,00	5579,28	5914,04	5914,04	C.92.b.	bezpłatny	0 zł
142	Dazatynib	Dasatinib Stada, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909991386733	2023-03-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	1476,00	1594,08	1689,72	1689,72	C.92.b.	bezpłatny	0 zł
143	Dazatynib	Dasatinib Stada, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909991386764	2023-03-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	3690,00	3985,20	4224,31	4224,31	C.92.b.	bezpłatny	0 zł
144	Dazatynib	Dasatinib Stada, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991386825	2023-03-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	2952,00	3188,16	3379,45	3379,45	C.92.b.	bezpłatny	0 zł
145	Dazatynib	Dasatinib Zentiva, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991418779	2023-01-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	3750,00	4050,00	4293,00	4293,00	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
146	Dazatynib	Dasatinib Zentiva, tabl. powl., 140 mg	30 szt.	05909991418793	2023-01-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	5250,00	5670,00	6010,20	6010,20	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
147	Dazatynib	Dasatinib Zentiva, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909991418670	2023-01-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	1500,00	1620,00	1717,20	1717,20	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
148	Dazatynib	Dasatinib Zentiva, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909991418687	2023-01-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	3750,00	4050,00	4293,00	4293,00	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
149	Dazatynib	Dasatinib Zentiva, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991418762	2023-01-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	3000,00	3240,00	3434,40	3434,40	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
150	Dazatynib	Sprycel, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990671601	<1>2022-11-01/<2>2021-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	12582,77	13589,39	14404,76	4293,00	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
151	Dazatynib	Sprycel, tabl. powl., 140 mg	30 szt.	05909990818655	<1>2022-11-01/<2>2021-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	17615,88	19025,15	20166,66	6010,20	<1>C.92.a.; <2>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**
152	Dazatynib	Sprycel, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990621323	<1>2022-11-01/<2>2021-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	5033,11	5435,76	5761,91	1717,20	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
153	Dazatynib	Sprycel, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909990621354	<1>2022-11-01/<2>2021-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	12582,77	13589,39	14404,76	4293,00	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
154	Dazatynib	Sprycel, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990818631	<1>2022-11-01/<2>2021-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	10066,21	10871,51	11523,79	3434,40	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
155	Dexamethasoni phosphas	Demezon, roztwór do wstrzykiwań, 8 mg/ml	1 amp. 2,5 ml	05907464420755	2023-09-01	3 lata	1161.0, Deksametazon w postaci do wstrzykiwań	13,50	14,58	15,45	15,45	C.0.17.	bezpłatny	0 zł
156	Dexamethasoni phosphas	Dexamethasone phosphate SF, roztwór do wstrzykiwań, 4 mg/ml	5 amp. 1 ml	05907464420700	2021-05-01	3 lata	1161.0, Deksametazon w postaci do wstrzykiwań	17,00	18,36	19,46	15,45	C.0.17.	bezpłatny	0 zł
157	Docetaxelum	Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 16 ml	05909990850280	2022-07-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	400,00	432,00	457,92	274,75	C.19.	bezpłatny	0 zł
158	Docetaxelum	Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05909990777006	2022-07-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	50,00	54,00	57,24	34,34	C.19.	bezpłatny	0 zł
159	Docetaxelum	Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 8 ml	05909990777020	2022-07-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	200,00	216,00	228,96	137,38	C.19.	bezpłatny	0 zł
160	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
161	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	137,38	C.19.	bezpłatny	0 zł
162	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	274,75	C.19.	bezpłatny	0 zł
163	Doxorubicini hydrochloridum	Adriblastina PFS, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990471027	2022-01-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	34,00	36,72	38,92	38,92	C.20.	bezpłatny	0 zł
164	Doxorubicini hydrochloridum	Adriblastina PFS, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990471010	2022-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	10,12	10,93	11,59	7,78	C.20.	bezpłatny	0 zł
165	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg	1 fiol.po 5 ml	05909990429011	2022-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	8,00	8,64	9,18	7,78	C.20.	bezpłatny	0 zł
166	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 50 ml	05909990614837	2022-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	76,00	82,08	87,00	77,85	C.20.	bezpłatny	0 zł
167	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol.po 100 ml	05909990614844	2022-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	152,00	164,16	174,01	155,69	C.20.	bezpłatny	0 zł
168	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.po 25 ml	05909990429028	2022-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	38,00	41,04	43,50	38,92	C.20.	bezpłatny	0 zł
169	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990851409	2022-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	112,00	120,96	128,22	128,22	C.20.	bezpłatny	0 zł
170	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990851386	2022-03-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	6,20	6,70	7,24	7,24	C.20.	bezpłatny	0 zł
171	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991141882	2021-11-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	57,00	61,56	65,25	65,25	C.20.	bezpłatny	0 zł
172	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
173	Doxorubicinum	Caelyx pegylated liposomal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990983018	2022-03-01	3 lata	1014.3, Doxorubicinum liposomanum pegylatum	1354,50	1462,86	1550,63	1064,66	C.22.	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	Doxorubicinum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol. a 25 ml	05909990851393	2021-03-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	28,00	30,24	32,05	32,05	C.20.	bezpłatny	0 zł
175	Doxorubicinum	Myocet liposomal, proszek, dyspersja i rozpuszczalnik do koncentratu do sporządzania dyspersji do infuzji, 50 mg	2 zest. po 3 fiol.	05909990213559	<1>2022-07-01/<2>2021-01-01	3 lata	1014.2, Doxorubicinum liposomanum nonpegylatum	3315,00	3580,20	3795,01	3795,01	<1>C.21.a.; <2>C.21.b.	bezpłatny	0 zł
176	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909991104344	2022-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	500,00	540,00	572,40	526,61	C.23.	bezpłatny	0 zł
177	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909991104320	2022-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	125,00	135,00	143,10	131,65	C.23.	bezpłatny	0 zł
178	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909991104313	2022-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	25,00	27,00	28,62	26,33	C.23.	bezpłatny	0 zł
179	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991104337	2022-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	250,00	270,00	286,20	263,30	C.23.	bezpłatny	0 zł
180	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	1 fiol. a 25 ml	05909990796397	2022-03-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	115,00	124,20	131,65	131,65	C.23.	bezpłatny	0 zł
181	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	1 fiol. a 5 ml	05909990796373	2021-11-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	23,00	24,84	26,33	26,33	C.23.	bezpłatny	0 zł
182	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991029869	2023-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	230,00	248,40	263,30	263,30	C.23.	bezpłatny	0 zł
183	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 5000 j.m./0,5 ml	6 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990072477	2023-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	600,00	648,00	686,88	686,88	C.0.04.	bezpłatny	0 zł
184	Erlotinibum	Erlotinib Zentiva, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991417680	2023-09-01	2 lata	1085.0, Erlotinib	650,00	702,00	744,12	744,12	C.81.	bezpłatny	0 zł
185	Erlotinibum	Erlotinib Zentiva, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909991417697	2023-09-01	2 lata	1085.0, Erlotinib	975,00	1053,00	1116,18	1116,18	C.81.	bezpłatny	0 zł
186	Etoposidum	Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 5 ml	05909990776115	2022-07-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	19,00	20,52	21,75	16,00	C.24.	bezpłatny	0 zł
187	Etoposidum	Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol.po 10 ml	05909990776214	2022-07-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	38,00	41,04	43,50	32,00	C.24.	bezpłatny	0 zł
188	Etoposidum	Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg	1 fiol.po 20 ml	05909990776313	2022-07-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	76,00	82,08	87,00	63,99	C.24.	bezpłatny	0 zł
189	Etoposidum	Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.po 2,5 ml	05909990776016	2022-07-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	11,40	12,31	13,05	8,00	C.24.	bezpłatny	0 zł
190	Etoposidum	Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991233297	2022-05-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	27,90	30,13	31,94	31,94	C.24.	bezpłatny	0 zł
191	Etoposidum	Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909991233303	2022-05-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	55,90	60,37	63,99	63,99	C.24.	bezpłatny	0 zł
192	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	19,00	20,52	21,75	16,00	C.24.	bezpłatny	0 zł
193	Everolimusum	Afinitor, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990711598	<1>2022-07-01/<2>2023-11-01	2 lata	1086.0, Ewerolimus	12000,00	12960,00	13737,60	8414,28	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
194	Everolimusum	Afinitor, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990711567	<1>2022-07-01/<2>2023-11-01	2 lata	1086.0, Ewerolimus	8620,00	9309,60	9868,18	4207,14	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
195	Everolimusum	Everolimus Accord, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991383596	2022-03-01	3 lata	1086.0, Ewerolimus	7350,00	7938,00	8414,28	8414,28	C.91.a.; C.91.b.	bezpłatny	0 zł
196	Everolimusum	Everolimus Accord, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991383565	2022-03-01	3 lata	1086.0, Ewerolimus	3675,00	3969,00	4207,14	4207,14	C.91.a.; C.91.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**
197	Everolimusum	Everolimus Stada, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991372538	2022-05-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1086.0, Ewerolimus	4200,00	4536,00	4808,16	4808,16	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
198	Everolimusum	Everolimus Stada, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991372514	2022-05-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1086.0, Ewerolimus	2100,00	2268,00	2404,08	2404,08	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
199	Everolimusum	Everolimus Vipharm, tabl., 10 mg	30 szt.	05901812161307	2022-09-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1086.0, Ewerolimus	4200,00	4536,00	4808,16	4808,16	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
200	Everolimusum	Everolimus Vipharm, tabl., 5 mg	30 szt.	05901812161277	2022-09-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1086.0, Ewerolimus	2100,00	2268,00	2404,08	2404,08	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
201	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713846	2023-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	53,00	57,24	60,67	58,88	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
202	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713860	2023-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	265,00	286,20	303,37	294,38	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
203	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713853	2023-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	84,80	91,58	97,08	94,20	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
204	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713877	2023-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	424,00	457,92	485,40	471,00	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
205	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687763	2022-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	75,30	81,32	86,21	58,88	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
206	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05909990687787	2021-11-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	203,19	219,45	232,61	232,61	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
207	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687800	2022-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	106,96	115,52	122,45	94,20	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
208	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05909990687848	2021-11-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	325,16	351,17	372,24	372,24	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
209	Fludarabini phosphas	Fludara Oral, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	05909991183325	2022-07-01	3 lata	1017.2, Fludarabinum p.o.	1439,00	1554,12	1647,37	1647,37	C.25.	bezpłatny	0 zł
210	Fluorouracilum	5 Fluorouracil - Ebewe, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 20 ml	05909990450633	2022-07-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	13,49	14,57	15,44	13,18	C.26.	bezpłatny	0 zł
211	Fluorouracilum	5-Fluorouracil-Ebewe, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 500 mg	1 fiol.po 100 ml	05909990336258	2022-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	67,00	72,36	76,70	65,88	C.26.	bezpłatny	0 zł
212	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05909990774784	2021-03-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	5,60	6,05	6,59	6,59	C.26.	bezpłatny	0 zł
213	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 100 ml	05909990774807	2021-03-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	56,00	60,48	64,11	64,11	C.26.	bezpłatny	0 zł
214	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 20 ml	05909990774791	2021-03-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	11,20	12,10	12,82	12,82	C.26.	bezpłatny	0 zł
215	Fluorouracilum	Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990477814	2022-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	6,90	7,45	7,99	6,59	C.26.	bezpłatny	0 zł
216	Fluorouracilum	Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990478019	2022-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	67,00	72,36	76,70	65,88	C.26.	bezpłatny	0 zł
217	Fluorouracilum	Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990477913	2022-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	13,30	14,36	15,23	13,18	C.26.	bezpłatny	0 zł
218	Fulvestrantum	Fulvestrant EVER Pharma, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml	05909991411022	2021-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	480,00	518,40	549,50	549,50	C.27.	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	Fulvestrantum	Fulvestrant Glenmark, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991441777	2021-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	559,00	603,72	639,94	639,94	C.27.	bezpłatny	0 zł
220	Fulvestrantum	Fulvestrant Pharmascience, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991441630	2021-05-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	569,00	614,52	651,39	651,39	C.27.	bezpłatny	0 zł
221	Fulvestrantum	Fulvestrant Stada, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991422189	2021-09-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	470,00	507,60	538,06	538,06	C.27.	bezpłatny	0 zł
222	Fulvestrantum	Fulvestrant SUN, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991389765	2021-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	480,00	518,40	549,50	549,50	C.27.	bezpłatny	0 zł
223	Fulvestrantum	Fulvestrant Teva, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991317331	2021-01-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	720,00	777,60	824,26	651,39	C.27.	bezpłatny	0 zł
224	Fulvestrantum	Fulvestrant Vipharm, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 250 mg/5 ml	1 amp.-strzyk. z zabezpieczeniem	05901812161871	2022-03-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	235,00	253,80	269,03	269,03	C.27.	bezpłatny	0 zł
225	Fulvestrantum	Fulvestrant Vipharm, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strzyk. z zabezpieczeniem	05901812161888	2022-03-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	470,00	507,60	538,06	538,06	C.27.	bezpłatny	0 zł
226	Fulvestrantum	Fulwestrant Accord, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991399221	2021-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	478,00	516,24	547,21	547,21	C.27.	bezpłatny	0 zł
227	Gefitinibum	Gefitinib Alvogen/Gefitinib Zentiva , tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05350586001683	2022-09-01	2 lata	1087.0, Gefitynibum	800,00	864,00	915,84	915,84	C.80.	bezpłatny	0 zł
228	Gefitynibum	Gefitinib Accord, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909991400781	2022-09-01	2 lata	1087.0, Gefitynibum	999,00	1078,92	1143,66	915,84	C.80.	bezpłatny	0 zł
229	Gefitynibum	Gefitinib Sandoz, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	07613421021696	2022-11-01	2 lata	1087.0, Gefitynibum	1000,00	1080,00	1144,80	915,84	C.80.	bezpłatny	0 zł
230	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990976089	2022-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	75,00	81,00	85,86	85,86	C.28.	bezpłatny	0 zł
231	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05909990976072	2022-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	16,50	17,82	18,89	18,89	C.28.	bezpłatny	0 zł
232	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990976102	2022-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	150,00	162,00	171,72	171,72	C.28.	bezpłatny	0 zł
233	Gemcitabinum	Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990871032	2022-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	95,00	102,60	108,76	94,45	C.28.	bezpłatny	0 zł
234	Gemcitabinum	Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990870998	2022-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	25,00	27,00	28,62	18,89	C.28.	bezpłatny	0 zł
235	Gemcitabinum	Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990871049	2022-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	190,00	205,20	217,51	188,89	C.28.	bezpłatny	0 zł
236	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 kaps. w butelce	05909990836758	2022-01-01	3 lata	1021.0, Hydroxycarbamidum	79,74	86,12	91,28	91,28	C.29.	bezpłatny	0 zł
237	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927	2022-01-01	3 lata	1021.0, Hydroxycarbamidum	79,74	86,12	91,28	91,28	C.29.	bezpłatny	0 zł
238	Idarubicini hydrochloridum	Zavedos, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05415062342206	2021-07-01	3 lata	1022.0, Idarubicinum	609,68	658,45	697,96	697,96	C.30.	bezpłatny	0 zł
239	Idarubicini hydrochloridum	Zavedos, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	1 fiol. a 5 ml	05415062342190	2021-07-01	3 lata	1022.0, Idarubicinum	326,73	352,87	374,04	348,98	C.30.	bezpłatny	0 zł
240	Ifosfamidum	Holoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1 g	1 fiol.	05909990241118	2022-07-01	3 lata	1023.0, Ifosfamidum	111,50	120,42	127,65	115,34	C.31.	bezpłatny	0 zł
241	Ifosfamidum	Holoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 2 g	1 fiol.	05909990241217	2022-07-01	3 lata	1023.0, Ifosfamidum	201,50	217,62	230,68	230,68	C.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
242	Imatinibum	Imatinib Accord, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05055565726983	<1><2><3>2023-09-01/<4>2022-03-01	3 lata	1064.1, Imatynib -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. powl., 400 mg	30 szt.	05055565726990	<1><2><3>2023-09-01/<4>2022-03-01	3 lata	1064.1, Imatynib -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. powl., 100 mg	60 szt.	05909991053895	<1><2>2021-01-01/<3>2021-07-01/<4>2022-01-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	280,00	302,40	320,54	314,82	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
245	Imatinibum	Meaxin, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991053963	<1><2>2021-01-01/<3>2021-07-01/<4>2022-01-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	560,00	604,80	641,09	629,64	<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>2021-01-01/<3>2021-09-01/<4>2022-01-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	275,00	297,00	314,82	314,82	<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>2021-01-01/<3>2021-09-01/<4>2022-01-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	550,00	594,00	629,64	629,64	<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	2022-03-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	150,00	162,00	171,72	171,72	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	2022-03-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	20,00	21,60	22,90	22,90	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	2022-03-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	250,00	270,00	286,20	286,20	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	2022-03-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	50,00	54,00	57,24	57,24	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	2022-05-01	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	2022-05-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	18,80	20,30	21,52	21,52	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	2022-05-01	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	2022-05-01	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>2022-01-01/<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
257	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094416	<1>2022-01-01/<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>2022-01-01/<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	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991466206	<1><2><3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1038,00	1121,04	1188,30	1105,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
260	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991450946	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1557,00	1681,56	1782,45	1658,82	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>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**
261	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 20 mg	21 szt.	05909991450953	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2076,00	2242,08	2376,60	2211,75	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
262	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991450960	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2595,00	2802,60	2970,76	2764,69	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
263	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991466220	<1><2><3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	519,00	560,52	594,15	552,94	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
264	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05055565770863	<1><2>2022-05-01/<3>2023-01-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1029,00	1111,32	1178,00	1105,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
265	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05055565770870	<1>2022-05-01/<2>2023-01-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1543,50	1666,98	1767,00	1658,82	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
266	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05055565770887	<1>2022-05-01/<2>2023-01-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2572,50	2778,30	2945,00	2764,69	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
267	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05055565770856	<1><2>2022-05-01/<3>2023-01-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	514,50	555,66	589,00	552,94	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
268	Lenalidomidum	Lenalidomide Aurovitas/Lenalidomide Eugia, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991472115	<1><2><3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1029,00	1111,32	1178,00	1105,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
269	Lenalidomidum	Lenalidomide Aurovitas/Lenalidomide Eugia, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991472207	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1543,50	1666,98	1767,00	1658,82	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
270	Lenalidomidum	Lenalidomide Aurovitas/Lenalidomide Eugia, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991472245	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2572,50	2778,30	2945,00	2764,69	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
271	Lenalidomidum	Lenalidomide Aurovitas/Lenalidomide Eugia, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991472092	<1><2><3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	514,50	555,66	589,00	552,94	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
272	Lenalidomidum	Lenalidomide Glenmark, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	08595112678558	<1><2>2022-07-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1803,90	1948,21	2065,10	1105,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
273	Lenalidomidum	Lenalidomide Glenmark, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	08595112678565	<1>2022-07-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2705,85	2922,32	3097,66	1658,82	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
274	Lenalidomidum	Lenalidomide Glenmark, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	08595112678572	<1>2022-07-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	4509,75	4870,53	5162,77	2764,69	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
275	Lenalidomidum	Lenalidomide Glenmark, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	08595112678541	<1><2>2022-07-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	901,95	974,11	1032,56	552,94	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
276	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991425135	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1029,00	1111,32	1178,00	1105,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
277	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991425159	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1543,50	1666,98	1767,00	1658,82	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
278	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991425197	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2572,50	2778,30	2945,00	2764,69	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
279	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991425098	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	514,50	555,66	589,00	552,94	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
280	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 10 mg	21 szt. (blister)	03838989737627	<1><2>2022-05-01/<3>2023-03-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	966,00	1043,28	1105,88	1105,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
281	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 15 mg	21 szt. (blister)	03838989737634	<1>2022-05-01/<2>2023-03-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1449,00	1564,92	1658,82	1658,82	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
282	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 25 mg	21 szt. (blister)	03838989737641	<1>2022-05-01/<2>2023-03-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2415,00	2608,20	2764,69	2764,69	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>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
283	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 5 mg	21 szt. (blister)	03838989737658	<1><2>2022-05-01/<3>2023-03-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	483,00	521,64	552,94	552,94	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
284	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991471965	<1><2>2022-11-01/<3>2023-03-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	966,00	1043,28	1105,88	1105,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
285	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991471972	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1449,00	1564,92	1658,82	1658,82	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
286	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991471996	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2415,00	2608,20	2764,69	2764,69	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
287	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991471941	<1><2>2022-11-01/<3>2023-03-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	483,00	521,64	552,94	552,94	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
288	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05901797710910	<1><2>2022-05-01/<3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1040,00	1123,20	1190,59	1105,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
289	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05901797710996	<1>2022-05-01/<2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1560,00	1684,80	1785,89	1658,82	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
290	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05901797710934	<1>2022-05-01/<2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2600,00	2808,00	2976,48	2764,69	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
291	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05901797710903	<1><2>2022-05-01/<3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	520,00	561,60	595,30	552,94	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
292	Lenalidomidum	Lenalidomide Pharmascience, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991451431	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1029,00	1111,32	1178,00	1105,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
293	Lenalidomidum	Lenalidomide Pharmascience, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991451455	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1543,50	1666,98	1767,00	1658,82	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
294	Lenalidomidum	Lenalidomide Pharmascience, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991451493	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2572,50	2778,30	2945,00	2764,69	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
295	Lenalidomidum	Lenalidomide Pharmascience, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991451394	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	514,50	555,66	589,00	552,94	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
296	Lenalidomidum	Lenalidomide Sandoz, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05907626709094	<1><2>2022-05-01/<3><4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	966,00	1043,28	1105,88	1105,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
297	Lenalidomidum	Lenalidomide Sandoz, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05907626709100	<1>2022-05-01/<2><3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1449,00	1564,92	1658,82	1658,82	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
298	Lenalidomidum	Lenalidomide Sandoz, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05907626709124	<1>2022-05-01/<2><3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2415,00	2608,20	2764,69	2764,69	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
299	Lenalidomidum	Lenalidomide Sandoz, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05907626709070	<1><2>2022-05-01/<3><4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	483,00	521,64	552,94	552,94	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
300	Lenalidomidum	Lenalidomide Teva, kaps. twarde, 10 mg	21 szt. (blister)	05909991470302	<1><2>2022-05-01/<3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1029,00	1111,32	1178,00	1105,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
301	Lenalidomidum	Lenalidomide Teva, kaps. twarde, 15 mg	21 szt. (blister)	05909991470319	<1>2022-05-01/<2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1543,50	1666,98	1767,00	1658,82	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
302	Lenalidomidum	Lenalidomide Teva, kaps. twarde, 25 mg	21 szt. (blister)	05909991470333	<1>2022-05-01/<2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2572,50	2778,30	2945,00	2764,69	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
303	Lenalidomidum	Lenalidomide Teva, kaps. twarde, 5 mg	21 szt. (blister)	05909991470258	<1><2>2022-05-01/<3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	514,50	555,66	589,00	552,94	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
304	Lenalidomidum	Lenalidomide Zentiva, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991447830	<1><2>2022-05-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1806,00	1950,48	2067,51	1105,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>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
305	Lenalidomidum	Lenalidomide Zentiva, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991447854	<1>2022-05-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2709,00	2925,72	3101,26	1658,82	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
306	Lenalidomidum	Lenalidomide Zentiva, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991447892	<1>2022-05-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	4515,00	4876,20	5168,77	2764,69	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
307	Lenalidomidum	Lenalidomide Zentiva, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991447793	<1><2>2022-05-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	903,00	975,24	1033,75	552,94	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
308	Lenalidomidum	Linorion, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	06432100056047	<1><2>2022-09-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1120,00	1209,60	1282,18	1105,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
309	Lenalidomidum	Linorion, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	06432100056054	<1>2022-09-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1680,00	1814,40	1923,26	1658,82	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
310	Lenalidomidum	Linorion, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	06432100056061	<1>2022-09-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2800,00	3024,00	3205,44	2764,69	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
311	Lenalidomidum	Linorion, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	06432100056030	<1><2>2022-09-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	560,00	604,80	641,09	552,94	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
312	Lenalidomidum	Polalid, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991480301	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1029,00	1111,32	1178,00	1105,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
313	Lenalidomidum	Polalid, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991480318	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1543,50	1666,98	1767,00	1658,82	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
314	Lenalidomidum	Polalid, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991480332	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2572,50	2778,30	2945,00	2764,69	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
315	Lenalidomidum	Polalid, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991480288	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	514,50	555,66	589,00	552,94	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
316	Lenalidomidum	Revlimid, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909990086702	<1>2022-03-01/<2>2021-01-01/<3>2022-07-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	13219,41	14276,96	15133,58	1105,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
317	Lenalidomidum	Revlimid, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909990086764	<1>2022-03-01/<2>2022-07-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	13943,63	15059,12	15962,67	1658,82	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
318	Lenalidomidum	Revlimid, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909990086771	<1>2022-03-01/<2>2022-07-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	15337,74	16564,76	17558,64	2764,69	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
319	Lenalidomidum	Revlimid, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909990086696	<1>2022-03-01/<2>2021-01-01/<3>2022-07-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	12608,20	13616,86	14433,87	552,94	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
320	Melphalanum	Alkeran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990283514	2022-07-01	3 lata	1098.0, Melphalanum	100,00	108,00	114,48	114,48	C.39.	bezpłatny	0 zł
321	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	2022-01-01	3 lata	1027.0, Mercaptopurinum	38,00	41,04	43,50	43,50	C.40.	bezpłatny	0 zł
322	Mesnum	Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	15 amp. po 4 ml	05909991438647	2021-05-01	3 lata	1046.0, Mesnum	136,00	146,88	155,69	155,69	C.0.08.	bezpłatny	0 zł
323	Mesnum	Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	15 amp. po 4 ml	05909991392086	2022-07-01	3 lata	1046.0, Mesnum	138,94	150,06	159,06	159,06	C.0.08.	bezpłatny	0 zł
324	Mesnum	Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	15 amp.po 4 ml	05909990265831	2022-07-01	3 lata	1046.0, Mesnum	186,20	201,10	213,16	159,06	C.0.08.	bezpłatny	0 zł
325	Methotrexatum	Methotrexat - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990333936	2022-01-01	3 lata	1028.2, Methotrexatum inj.	350,00	378,00	400,68	300,51	C.41.	bezpłatny	0 zł
326	Methotrexatum	Metotreksat Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991333447	2022-09-01	3 lata	1028.2, Methotrexatum inj.	262,50	283,50	300,51	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**
327	Mitotanum	Lysodren, tabl., 500 mg	100 szt.	05909990335237	2022-07-01	3 lata	1030.0, Mitotanum	2465,00	2662,20	2821,93	2821,93	C.43.	bezpłatny	0 zł
328	Nelarabinum	Atriance, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.a 50 ml	07613421036027	2021-07-01	3 lata	1128.0, Nelarabina	1000,00	1080,00	1144,80	1144,80	C.73.	bezpłatny	0 zł
329	Netupitantum + Palonosetroni hydrochloridum	Akynzeo, kaps. twarde, 300+0,5 mg	1 szt.	05909991246563	<1>2021-01-01/<2>2023-07-01	3 lata	1154.0, Netupitant, palonosetron	256,00	276,48	293,07	293,07	<1>C.0.16.a.; <2>C.0.16.b.	bezpłatny	0 zł
330	Octreotidum	Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909991416461	2021-01-01	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
331	Octreotidum	Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909991416485	2021-01-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	1038,45	1121,53	1188,82	1188,80	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
332	Octreotidum	Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909991416508	2021-01-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	1557,67	1682,28	1783,22	1783,20	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
333	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań/do infuzji, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913	2022-01-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	40,00	43,20	45,79	29,72	C.45.a.	bezpłatny	0 zł
334	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań/do infuzji, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715	2022-01-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	30,00	32,40	34,34	14,86	C.45.a.	bezpłatny	0 zł
335	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459711	<1>2022-01-01/<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
336	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459612	<1>2022-07-01/<2>2023-11-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	1038,45	1121,53	1188,82	1188,80	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
337	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459513	<1>2022-07-01/<2>2023-11-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	1557,67	1682,28	1783,22	1783,20	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
338	Ondansetronum	Atossa, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990744510	2022-07-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	31,90	34,45	36,51	36,51	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
339	Ondansetronum	Ondansetron Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	5 amp. po 2 ml	05909990822225	2021-03-01	3 lata	1047.1, ondansetronum inj.	5,90	6,37	6,91	5,72	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
340	Ondansetronum	Ondansetron Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	5 amp. po 4 ml	05909990822249	2021-03-01	3 lata	1047.1, ondansetronum inj.	11,80	12,74	13,51	11,45	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
341	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	10 szt.	05909990777044	2023-01-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	15,95	17,23	18,26	18,26	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
342	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg	10 szt.	05909990777150	2023-01-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	25,90	27,97	29,65	29,65	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
343	Ondansetronum	Ondansetron Kabi 2 mg/ml roztwór do wstrzykiwań, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990055197	2022-01-01	3 lata	1047.1, ondansetronum inj.	5,90	6,37	6,91	5,72	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
344	Ondansetronum	Ondansetron Kabi 2 mg/ml roztwór do wstrzykiwań, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	5 amp.po 4 ml	05909990055234	2022-01-01	3 lata	1047.1, ondansetronum inj.	10,00	10,80	11,45	11,45	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
345	Ondansetronum	Setronon, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990994717	2022-07-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	31,90	34,45	36,51	36,51	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
346	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 4 mg	10 szt.	05909990001811	2022-01-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	28,50	30,78	32,63	18,26	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
347	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990001910	2022-01-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	45,90	49,57	52,54	36,53	C.0.09.	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**
348	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990798247	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	28,50	30,78	32,63	32,63	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
349	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990798254	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	57,00	61,56	65,25	65,25	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
350	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 40 ml	05909990827381	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	114,00	123,12	130,51	130,51	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
351	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05909990796151	<1>2021-03-01/<2>2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	29,50	31,86	33,77	32,63	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
352	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 20 ml	05909990796168	<1>2021-03-01/<2>2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	59,00	63,72	67,54	65,25	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
353	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 40 ml	05909990827206	<1>2021-03-01/<2>2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	118,00	127,44	135,09	130,51	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
354	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 16,7 ml	05909990874361	2022-07-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	46,70	50,44	53,46	53,46	C.47.	bezpłatny	0 zł
355	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990874385	2022-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	62,40	67,39	71,43	71,43	C.47.	bezpłatny	0 zł
356	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990874347	2022-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	23,50	25,38	26,90	20,61	C.47.	bezpłatny	0 zł
357	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990874408	2022-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	125,00	135,00	143,10	143,10	C.47.	bezpłatny	0 zł
358	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 16,7 ml	05909990018390	2022-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	100,00	108,00	114,48	68,69	C.47.	bezpłatny	0 zł
359	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990018406	2022-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	135,00	145,80	154,55	103,03	C.47.	bezpłatny	0 zł
360	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990018383	2022-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	30,00	32,40	34,34	20,61	C.47.	bezpłatny	0 zł
361	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990018420	2022-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	300,00	324,00	343,44	206,06	C.47.	bezpłatny	0 zł
362	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol. a 16,7 ml	05909990840274	2021-03-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	60,00	64,80	68,69	68,69	C.47.	bezpłatny	0 zł
363	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol. a 5 ml	05909990840267	2021-03-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	23,50	25,38	26,90	20,61	C.47.	bezpłatny	0 zł
364	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol. a 50 ml	05909990840281	2021-03-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	135,00	145,80	154,55	154,55	C.47.	bezpłatny	0 zł
365	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909991037093	2022-07-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	240,00	259,20	274,75	274,75	C.47.	bezpłatny	0 zł
366	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909991037086	2022-07-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	67,50	72,90	77,27	77,27	C.47.	bezpłatny	0 zł
367	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, Pegaspargasum	6669,50	7203,06	7635,24	7635,24	C.48.	bezpłatny	0 zł
368	Pegfilgrastimum	Pelgraz, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	05055565748640	2021-11-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
369	Pegfilgrastimum	Ziextenzo, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	05907626708905	2022-03-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	1700,00	1836,00	1946,16	1373,76	C.0.10.	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**
370	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 135 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05909990984718	2022-03-01	<1>3 lata/<2><3>2 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
371	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 180 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05909990984817	2022-03-01	<1>3 lata/<2><3>2 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
372	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 90 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05902768001013	2022-03-01	<1>3 lata/<2><3>2 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
373	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
374	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	681,16	C.49.	bezpłatny	0 zł
375	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	685,74	C.49.	bezpłatny	0 zł
376	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
377	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	1372,62	C.49.	bezpłatny	0 zł
378	Pemetrexedum	Pemetrexed Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991444174	2022-01-01	2 lata	1034.0, Pemetreksed	599,95	647,95	686,83	686,83	C.49.	bezpłatny	0 zł
379	Pemetrexedum	Pemetrexed Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05909991444167	2022-01-01	2 lata	1034.0, Pemetreksed	119,99	129,59	137,37	137,37	C.49.	bezpłatny	0 zł
380	Pemetrexedum	Pemetrexed Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 40 ml	05909991444181	2022-01-01	2 lata	1034.0, Pemetreksed	1199,90	1295,89	1373,64	1373,64	C.49.	bezpłatny	0 zł
381	Pemetrexedum	Pemetrexed Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 20 ml	07613421047023	2022-03-01	2 lata	1034.0, Pemetreksed	599,00	646,92	685,74	685,74	C.49.	bezpłatny	0 zł
382	Pemetrexedum	Pemetrexed Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	07613421047016	2022-03-01	2 lata	1034.0, Pemetreksed	119,00	128,52	136,23	136,23	C.49.	bezpłatny	0 zł
383	Pemetrexedum	Pemetrexed Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 40 ml	07613421047030	2022-03-01	2 lata	1034.0, Pemetreksed	1199,00	1294,92	1372,62	1372,62	C.49.	bezpłatny	0 zł
384	Plerixaforum	Mozobil, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 1,2 ml	05909990728473	2021-07-01	3 lata	1126.0, Pleryksafor	17460,00	18856,80	19988,21	19988,21	C.71.	bezpłatny	0 zł
385	Posaconazolum	Noxafil, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909990335244	<1>2021-05-01/<2>2021-09-01/<3>2023-09-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	2317,68	2503,09	2653,28	684,02	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
386	Posaconazolum	Posaconazole AHCL, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05055565754351	2021-01-01	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
387	Posaconazolum	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
388	Posaconazolum	Posaconazole Mylan, 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
389	Posaconazolum	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

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
390	Posaconazolum	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059	2021-01-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	599,00	646,92	685,74	684,02	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
391	Rasburicasum	Fasturtec, proszek i rozpuszczalnik do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji dożylnych, 1,5 mg/ml	3 fiol.po 1,5 mg (+ 3 amp. rozp.)	05909990943111	2022-01-01	3 lata	1048.0, Rasburicasum	639,00	690,12	731,53	731,53	C.0.11.	bezpłatny	0 zł
392	Rituximabum	MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	05909990418817	<1><3>2022-07-01/<2>2022-09-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	2036,70	2199,64	2331,61	1097,86	<3>C.51.	bezpłatny	0 zł
393	Rituximabum	MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05909990418824	<1><3>2022-07-01/<2>2022-09-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	5093,10	5500,55	5830,59	2744,66	<3>C.51.	bezpłatny	0 zł
394	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	07613421032975	<1>2023-11-01/<2><3>2022-11-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	959,00	1035,72	1097,86	1097,86	<3>C.51.	bezpłatny	0 zł
395	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	07613421032982	<1>2023-11-01/<2><3>2022-11-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	2397,50	2589,30	2744,66	2744,66	<3>C.51.	bezpłatny	0 zł
396	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 10 ml	05415062360507	2022-11-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	441,00	476,28	504,86	504,86	<3>C.51.	bezpłatny	0 zł
397	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05415062360521	2022-11-01	2 lata	1035.0, Rituximabum	2205,00	2381,40	2524,28	2524,28	<3>C.51.	bezpłatny	0 zł
398	Ropeginterferonum alfa-2b	Besremi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 250 µg/0,5 ml	1 wstrzyk.po 0,5 ml	09007653000976	2023-01-01	2 lata	1267.0, Ropeginterferon alfa-2b	6308,76	6813,46	7222,27	7222,27	C.85.	bezpłatny	0 zł
399	Sorafenib tosylate	Sorafenib Teva, tabl. powl., 200 mg	112 szt. (blister)	05909991423711	2022-01-01	3 lata	1078.0, Sorafenib	2100,00	2268,00	2404,08	2404,08	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
400	Sorafenibum	Sorafenib G.L., tabl. powl., 200 mg	112 szt.	09008732012415	2022-03-01	3 lata	1078.0, Sorafenib	1960,00	2116,80	2243,81	2243,81	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
401	Sorafenibum	Sorafenib Pharmascience, tabl. powl., 200 mg	112 szt.	05909991456849	2022-09-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1078.0, Sorafenib	1850,00	1998,00	2117,88	2117,88	<1>C.89.a.; <2>C.89.b.; <3>C.89.c.	bezpłatny	0 zł
402	Sorafenibum	Sorafenib Sandoz, tabl. powl., 200 mg	112 szt.	07613421047009	2021-09-01	3 lata	1078.0, Sorafenib	2800,00	3024,00	3205,44	2404,08	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
403	Sorafenibum	Sorafenib Stada, tabl. powl., 200 mg	112 szt.	05909991459239	2022-11-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1078.0, Sorafenib	1820,00	1965,60	2083,54	2083,54	<1>C.89.a.; <2>C.89.b.; <3>C.89.c.	bezpłatny	0 zł
404	Sorafenibum	Sorafenib Stada, tabl. powl., 400 mg	56 szt.	05909991482954	2023-05-01	2 lata	1078.0, Sorafenib	1810,00	1954,80	2072,09	2072,09	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
405	Sorafenibum	Sorafenib Zentiva, tabl. powl., 200 mg	112 szt.	05909991440145	2021-09-01	3 lata	1078.0, Sorafenib	2797,00	3020,76	3202,01	2404,08	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
406	Sunitinibum	Klertis, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05995327181592	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1507,00	1627,56	1725,21	1659,96	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
407	Sunitinibum	Klertis, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05995327181608	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	3014,00	3255,12	3450,43	3319,92	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
408	Sunitinibum	Klertis, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05995327181615	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	6028,00	6510,24	6900,85	6639,84	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
409	Sunitinibum	Sunitinib Accord, kaps. twarde, 12,5 mg	30 szt. (butelka)	05055565775707	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1616,25	1745,55	1850,29	1778,53	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
410	Sunitinibum	Sunitinib Accord, kaps. twarde, 25 mg	30 szt. (butelka)	05055565775714	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	3232,50	3491,10	3700,57	3557,06	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
411	Sunitinibum	Sunitinib Accord, kaps. twarde, 50 mg	30 szt. (butelka)	05055565775721	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	6465,00	6982,20	7401,13	7114,11	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
412	Sunitinibum	Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909991458515	2022-07-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1450,00	1566,00	1659,96	1659,96	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.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
413	Sunitinibum	Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991458522	2022-07-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	2900,00	3132,00	3319,92	3319,92	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
414	Sunitinibum	Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991458539	2022-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	5800,00	6264,00	6639,84	6639,84	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
415	Sunitinibum	Sunitinib Krka, kapsułki twarde, 12,5 mg	30 kaps.	03838989736668	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1612,50	1741,50	1845,99	1778,53	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
416	Sunitinibum	Sunitinib Krka, kapsułki twarde, 25 mg	30 kaps.	03838989736675	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	3225,00	3483,00	3691,98	3557,06	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
417	Sunitinibum	Sunitinib Krka, kapsułki twarde, 50 mg	30 kaps.	03838989736682	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	6450,00	6966,00	7383,96	7114,11	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
418	Sunitinibum	Sunitinib Pharmascience, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909991469580	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1508,80	1629,50	1727,28	1659,96	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
419	Sunitinibum	Sunitinib Pharmascience, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991469597	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	3017,00	3258,36	3453,86	3319,92	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
420	Sunitinibum	Sunitinib Pharmascience, kaps. twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991469603	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	4525,50	4887,54	5180,79	4979,88	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
421	Sunitinibum	Sunitinib Pharmascience, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991469610	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	6034,00	6516,72	6907,72	6639,84	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
422	Sunitinibum	Sunitinib Ranbaxy, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909991465612	2023-11-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	1000,00	1080,00	1144,80	1144,80	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
423	Sunitinibum	Sunitinib Ranbaxy, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991465643	2023-11-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	2000,00	2160,00	2289,60	2289,60	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
424	Sunitinibum	Sunitinib Ranbaxy, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991465704	2023-11-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	4000,00	4320,00	4579,20	4579,20	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
425	Sunitinibum	Sunitinib Sandoz, kapsułki twarde, 12,5 mg	28 kaps.	05907626709261	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1508,50	1629,18	1726,93	1659,96	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
426	Sunitinibum	Sunitinib Sandoz, kapsułki twarde, 25 mg	28 kaps.	05907626709278	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	3017,00	3258,36	3453,86	3319,92	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
427	Sunitinibum	Sunitinib Sandoz, kapsułki twarde, 50 mg	28 kaps.	05907626709292	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	6034,00	6516,72	6907,72	6639,84	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
428	Sunitinibum	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909991436612	2022-09-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1382,50	1493,10	1582,69	1582,69	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
429	Sunitinibum	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991436643	2022-09-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	2765,00	2986,20	3165,37	3165,37	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
430	Sunitinibum	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991436650	2022-09-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	4147,50	4479,30	4748,06	4748,06	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
431	Sunitinibum	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991436681	2022-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	5530,00	5972,40	6330,74	6330,74	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
432	Sunitinibum	Sunitinib Teva, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt. (blister)	05909991366520	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1508,50	1629,18	1726,93	1659,96	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
433	Sunitinibum	Sunitinib Teva, kaps. twarde, 25 mg	28 szt. (blister)	05909991366575	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	3017,00	3258,36	3453,86	3319,92	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
434	Sunitinibum	Sunitinib Teva, kaps. twarde, 50 mg	28 szt. (blister)	05909991366674	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	6034,00	6516,72	6907,72	6639,84	<1>C.88.a.; <2>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**
435	Sunitinibum	Sunitinib Zentiva, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt. (blister)	05909991455262	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1508,50	1629,18	1726,93	1659,96	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
436	Sunitinibum	Sunitinib Zentiva, kaps. twarde, 25 mg	28 szt. (blister)	05909991455200	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	3017,00	3258,36	3453,86	3319,92	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
437	Sunitinibum	Sunitinib Zentiva, kaps. twarde, 50 mg	28 szt. (blister)	05909991455330	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	6034,00	6516,72	6907,72	6639,84	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
438	Sunitinibum	Sunitynib Mylan, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt. (blister)	05909991419301	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1450,00	1566,00	1659,96	1659,96	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
439	Sunitinibum	Sunitynib Mylan, kaps. twarde, 25 mg	28 szt. (blister)	05909991419349	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	2900,00	3132,00	3319,92	3319,92	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
440	Sunitinibum	Sunitynib Mylan, kaps. twarde, 50 mg	28 szt. (blister)	05909991419479	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	5800,00	6264,00	6639,84	6639,84	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
441	Sunitinibum	Sutent, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909990079377	<1>2021-07-01/<2>2021-09-01	3 lata	1079.0, Sunitynib	4210,40	4547,23	4820,06	1659,96	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.	bezpłatny	0 zł
442	Sunitinibum	Sutent, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909990079384	<1>2021-07-01/<2>2021-09-01	3 lata	1079.0, Sunitynib	8420,80	9094,46	9640,13	3319,92	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.	bezpłatny	0 zł
443	Sunitinibum	Sutent, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909990079391	2021-07-01	3 lata	1079.0, Sunitynib	16841,60	18188,93	19280,27	6639,84	C.88.a.	bezpłatny	0 zł
444	Tamoxifenum	Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990775316	2022-01-01	3 lata	1036.0, Tamoxifenum	13,20	14,26	15,11	15,11	C.52.	bezpłatny	0 zł
445	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 100 mg	5 szt. (saszetka)	05055565719350	2021-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	200,00	216,00	228,96	228,96	C.64.	bezpłatny	0 zł
446	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 140 mg	5 szt. (saszetka)	05055565719367	2021-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	300,00	324,00	343,44	343,44	C.64.	bezpłatny	0 zł
447	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 180 mg	5 szt. (saszetka)	05055565719374	2021-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	400,00	432,00	457,92	457,92	C.64.	bezpłatny	0 zł
448	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 20 mg	5 szt. (saszetka)	05055565719343	2021-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	40,00	43,20	45,79	45,79	C.64.	bezpłatny	0 zł
449	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 250 mg	5 szt. (saszetka)	05055565719381	2021-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	550,00	594,00	629,64	629,64	C.64.	bezpłatny	0 zł
450	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 5 mg	5 szt. (saszetka)	05055565719336	2021-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	10,00	10,80	11,45	11,45	C.64.	bezpłatny	0 zł
451	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 100 mg	5 szt.	05909991438449	2022-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	208,33	225,00	238,50	238,50	C.64.	bezpłatny	0 zł
452	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 140 mg	5 szt.	05909991438456	2022-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	291,67	315,00	333,90	333,90	C.64.	bezpłatny	0 zł
453	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 180 mg	5 szt.	05909991438463	2022-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	375,00	405,00	429,30	429,30	C.64.	bezpłatny	0 zł
454	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 20 mg	5 szt.	05909991438432	2022-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	41,67	45,00	47,70	47,70	C.64.	bezpłatny	0 zł
455	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 250 mg	5 szt.	05909991438470	2022-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	520,83	562,50	596,25	596,25	C.64.	bezpłatny	0 zł
456	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 5 mg	5 szt.	05909991438401	2022-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	10,42	11,25	11,93	11,93	C.64.	bezpłatny	0 zł
457	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 100 mg	5 szt.	05909991288006	2021-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	170,00	183,60	194,62	194,62	C.64.	bezpłatny	0 zł
458	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 140 mg	5 szt.	05909991288037	2021-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	238,00	257,04	272,46	272,46	C.64.	bezpłatny	0 zł
459	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 180 mg	5 szt.	05909991288068	2021-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	306,00	330,48	350,31	350,31	C.64.	bezpłatny	0 zł
460	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 20 mg	5 szt.	05909991287979	2021-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	34,00	36,72	38,92	38,92	C.64.	bezpłatny	0 zł
461	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 250 mg	5 szt.	05909991288099	2021-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	425,00	459,00	486,54	486,54	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**
462	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 5 mg	5 szt.	05909991287948	2021-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	8,50	9,18	9,73	9,73	C.64.	bezpłatny	0 zł
463	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214	2022-07-01	3 lata	1100.0, Tioguaninum	372,00	401,76	425,87	425,87	C.56.	bezpłatny	0 zł
464	Topotecanum	Topotecan medac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990924684	2022-07-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	260,00	280,80	297,65	297,65	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
465	Topotecanum	Topotecanum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 1 ml	05909990984756	2021-03-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	65,00	70,20	74,41	74,41	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
466	Topotecanum	Topotecanum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 4 ml	05909990984770	2021-03-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	260,00	280,80	297,65	297,65	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
467	Trastuzumabum	Herceptin, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol.po 15 ml	05909990855919	<1>2021-03-01/<2>2023-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1082.0, Trastuzumabum	2480,00	2678,40	2839,10	961,29	<1>C.86.b.; <2>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
468	Trastuzumabum	Kanjinti, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiolka po 20 ml	08715131016982	<1>2023-07-01/<2>2021-07-01/<3>2023-11-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1082.0, Trastuzumabum	839,70	906,88	961,29	961,29	<1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
469	Trastuzumabum	Kanjinti, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiolka po 50 ml	08715131016975	<1>2023-07-01/<2>2021-07-01/<3>2023-11-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1082.0, Trastuzumabum	2351,16	2539,25	2691,61	2691,61	<1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
470	Trastuzumabum	Ogivri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. proszku 15 ml	05901797710415	<1><2>2022-07-01/<3>2023-11-01	<1><3>2 lata/<2>3 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
471	Trastuzumabum	Ogivri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol. proszku	05901797710781	<1><2>2023-03-01/<3>2023-11-01	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
472	Trastuzumabum	Trazimera, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. proszku	05415062339176	<1><2>2022-09-01/<3>2023-11-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	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
473	Trastuzumabum	Trazimera, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol. proszku	05415062346655	2023-11-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	2610,00	2818,80	2987,93	2691,61	<1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
474	Trastuzumabum	Zercepac, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol.	05055565766378	<1><2>2021-01-01/<3>2023-11-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1082.0, Trastuzumabum	900,00	972,00	1030,32	961,29	<1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
475	Vincristini sulfas	Vincristine Teva, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990669493	2022-07-01	3 lata	1041.0, Vincristinum	22,95	24,79	26,28	26,28	C.61.	bezpłatny	0 zł
476	Vincristini sulfas	Vincristine Teva, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990669523	2022-07-01	3 lata	1041.0, Vincristinum	114,75	123,93	131,37	131,37	C.61.	bezpłatny	0 zł
477	Vinorelbinum	Navelbine, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 amp. 1 ml	05909990173617	2022-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	450,80	486,86	516,08	228,96	C.63.	bezpłatny	0 zł
478	Vinorelbinum	Navelbine, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 amp. 5 ml	05909990173624	2022-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	2254,00	2434,32	2580,38	1144,80	C.63.	bezpłatny	0 zł
479	Vinorelbinum	Navelbine, kaps. miękkie, 20 mg	1 szt.	05909990945016	2022-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	156,81	169,35	179,52	133,26	C.63.	bezpłatny	0 zł
480	Vinorelbinum	Navelbine, kaps. miękkie, 30 mg	1 szt.	05909990945115	2022-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	235,21	254,03	269,27	199,89	C.63.	bezpłatny	0 zł
481	Vinorelbinum	Navirel, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 fiol.po 1 ml	05909990573325	2022-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	200,00	216,00	228,96	228,96	C.63.	bezpłatny	0 zł
482	Vinorelbinum	Navirel, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 fiol.po 5 ml	05909990573349	2022-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	1000,00	1080,00	1144,80	1144,80	C.63.	bezpłatny	0 zł
483	Vinorelbinum	Neocitec, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.a 1 ml	05909990668045	2021-07-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	30,00	32,40	34,34	22,90	C.63.	bezpłatny	0 zł
484	Vinorelbinum	Neocitec, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.a 5 ml	05909990668052	2021-07-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	150,00	162,00	171,72	114,48	C.63.	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**
485	Vinorelbinum	Vinorelbine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 1 ml	05909991314439	2022-09-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	20,00	21,60	22,90	22,90	C.63.	bezpłatny	0 zł
486	Vinorelbinum	Vinorelbine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991314446	2022-09-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	100,00	108,00	114,48	114,48	C.63.	bezpłatny	0 zł
487	Vinorelbinum	Vinorelbine Alvogen/Vinorelbine Zentiva , kaps. miękkie, 20 mg	1 kaps.	05909991402365	2022-09-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	116,40	125,71	133,25	133,25	C.63.	bezpłatny	0 zł
488	Vinorelbinum	Vinorelbine Alvogen/Vinorelbine Zentiva , kaps. miękkie, 30 mg	1 kaps.	05909991402389	2022-09-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	174,60	188,57	199,89	199,89	C.63.	bezpłatny	0 zł
489	Vinorelbinum	Vinorelbine Alvogen/Vinorelbine Zentiva , kaps. miękkie, 80 mg	1 kaps.	05909991402402	2022-09-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	465,60	502,85	533,02	533,02	C.63.	bezpłatny	0 zł
490	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	05909991063177	2022-09-01	3 lata	1125.1, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	125,73	135,79	143,93	143,93	C.0.15.	bezpłatny	0 zł
491	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05055565731536	2021-01-01	3 lata	1125.1, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	165,00	178,20	188,89	188,89	C.0.15.	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 *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
2	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
3	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
4	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
5	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
6	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
7	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
8	**DARBEPOETIN ALFA**	D46.9	ZESPOŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKRESLONY *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*

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 MIELODYSPLASTYCZNE *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
2	**EPOETINUM ALPHA**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
3	**EPOETINUM ALPHA**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
4	**EPOETINUM ALPHA**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
5	**EPOETINUM ALPHA**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
6	**EPOETINUM ALPHA**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*
7	**EPOETINUM ALPHA**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
8	**EPOETINUM ALPHA**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY *w przypadku:* *niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością*

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 ZMNIEJSZENIE 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 MIELODYSPLASTYCZNYCH) 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 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;

Załącznik C.0.14.c.

POSACONAZOLUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	**POSACONAZOLUM**	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA STANDARDOWEGO LUB POŚREDNIEGO RYZYKA - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA: — 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
		CHŁONIAKI ZŁOŚLIWE - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA: — 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
		NOWOTWORY LITE - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA: — 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C04	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C08	NOWOTWÓR 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 SKRZELOWA
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 PRZEKRACZAJACE 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	OPŁUCNA
93	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
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 PRZEKRACZAJACE 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 OPŁUCNEJ
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	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
153	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
154	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.3	PRZYMACICZA
155	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
156	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C57.7	INNE OKRESLONE 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
178	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C71.0	MÓZG Z 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	MÓŻDŻEK
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 PĘCHERZA 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 WALDENSTRÖMA
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 PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA

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 DOROSŁYCH 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, KRWIOTWÓTRCZEJ 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	**BLEOMYCIN SULPHATE**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
300	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03	CZERNIAK IN SITU
301	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
302	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
303	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
304	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
305	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
306	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
307	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
308	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
309	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
310	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
311	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D39.1	JAJNIK
312	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
313	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
314	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
315	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
316	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
317	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.4	OTRZEWNA
318	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.5	SKÓRA
319	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.6	SUTEK
320	**BLEOMYCIN SULPHATE**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
321	**BLEOMYCIN 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 (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
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 NADMIAREM BLASTÓW
17	**BUSULFANUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW 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.

CAPECITABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CAPECITABINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
2	**CAPECITABINUM**	C16.0	WPUST
3	**CAPECITABINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
4	**CAPECITABINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
5	**CAPECITABINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
6	**CAPECITABINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
7	**CAPECITABINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
8	**CAPECITABINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
9	**CAPECITABINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
10	**CAPECITABINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
11	**CAPECITABINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
12	**CAPECITABINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
13	**CAPECITABINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
14	**CAPECITABINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
15	**CAPECITABINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
16	**CAPECITABINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
17	**CAPECITABINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
18	**CAPECITABINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
19	**CAPECITABINUM**	C18.7	ESICA
20	**CAPECITABINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	**CAPECITABINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
22	**CAPECITABINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
23	**CAPECITABINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
24	**CAPECITABINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
25	**CAPECITABINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
26	**CAPECITABINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
27	**CAPECITABINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
28	**CAPECITABINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
29	**CAPECITABINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
30	**CAPECITABINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
31	**CAPECITABINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
32	**CAPECITABINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
33	**CAPECITABINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
34	**CAPECITABINUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.5.b.

CAPECITABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CAPECITABINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
2	**CAPECITABINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
3	**CAPECITABINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
4	**CAPECITABINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
5	**CAPECITABINUM**	C25.3	PRZEWOD TRZUSTKOWY *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
6	**CAPECITABINUM**	C25.4	CZĘSC WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
7	**CAPECITABINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
8	**CAPECITABINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*
9	**CAPECITABINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną*

Załącznik C.5.c.

CAPECITABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CAPECITABINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych*
2	**CAPECITABINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych*
3	**CAPECITABINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych*
4	**CAPECITABINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych*
5	**CAPECITABINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych*
6	**CAPECITABINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIE OKREŚLONE *w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych*

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 DZIĄSŁA
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 ZCHYŁKU 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 ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
24.	**CARBOPLATIN**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
25.	**CARBOPLATIN**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
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 OPŁUCNEJ
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 PĘCHERZA 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 POKREWNYCH

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 ODDECHOWEGI 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, KRWIOTWÓTRCZEJ 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,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
93.	**CARBOPLATIN**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH 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, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
119.	**CARBOPLATIN**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO 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	MIĘSAK 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 WALDENSTRÖMA
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 SPOWODOANA INNYMI CZYNNIKAMI ZEWNĘTRZNYMI
5	**CICLOSPORINUM**	D61.3	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA IDIOPATYCZNA
6	**CICLOSPORINUM**	D61.8	INNE OKREŚLONE NIEDOKRWISTOŚCI APLASTYCZNE
7	**CICLOSPORINUM**	D61.9	NIEOKRESLONA 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 DZIĄSŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	**CISPLATINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**CISPLATINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**CISPLATINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**CISPLATINUM**	C04	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**CISPLATINUM**	C08	NOWOTWÓR 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 SKRZELOWA
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 PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**CISPLATINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	**CISPLATINUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU 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 KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**CISPLATINUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**CISPLATINUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	**CISPLATINUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I 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 PRZEŁYKU
79	**CISPLATINUM**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
80	**CISPLATINUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
81	**CISPLATINUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
82	**CISPLATINUM**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
83	**CISPLATINUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
84	**CISPLATINUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
85	**CISPLATINUM**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
86	**CISPLATINUM**	C15.9	PRZEŁYK, 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98	**CISPLATINUM**	C17.0	DWUNASTNICA
99	**CISPLATINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
100	**CISPLATINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
101	**CISPLATINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
102	**CISPLATINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103	**CISPLATINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104	**CISPLATINUM**	C18	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116	**CISPLATINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
117	**CISPLATINUM**	C21	NOWOTWÓR 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 ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
122	**CISPLATINUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123	**CISPLATINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124	**CISPLATINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
131	**CISPLATINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
132	**CISPLATINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
133	**CISPLATINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134	**CISPLATINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
135	**CISPLATINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
136	**CISPLATINUM**	C25	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
176	**CISPLATINUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
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	OPŁUCNA
182	**CISPLATINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
183	**CISPLATINUM**	C39	NOWOTWÓR 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 PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
186	**CISPLATINUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
187	**CISPLATINUM**	C40	NOWOTWÓR 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 TUŁOWIA
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 PRZEKRACZAJACE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
223	**CISPLATINUM**	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
224	**CISPLATINUM**	C45	MIĘDZYBŁONIAK
225	**CISPLATINUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
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 TUŁOWIA, 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWORY 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
266	**CISPLATINUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
267	**CISPLATINUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
268	**CISPLATINUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
269	**CISPLATINUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
270	**CISPLATINUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
271	**CISPLATINUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
272	**CISPLATINUM**	C53	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
278	**CISPLATINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
279	**CISPLATINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
280	**CISPLATINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
285	**CISPLATINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
286	**CISPLATINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
287	**CISPLATINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
288	**CISPLATINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
289	**CISPLATINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
296	**CISPLATINUM**	C60	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
303	**CISPLATINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
304	**CISPLATINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
305	**CISPLATINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
306	**CISPLATINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
307	**CISPLATINUM**	C63	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
315	**CISPLATINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
316	**CISPLATINUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
317	**CISPLATINUM**	C67	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	MÓZG Z 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	MÓŻDŻEK
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	KŁĘBEK SZYJNY
378	**CISPLATINUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
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 NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH
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 NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
389	**CISPLATINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH 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 WNĘTRZA 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 ODDECHOWEGI 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 PĘCHERZA 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 (SZCZELINOWATYCH = 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	MIĘSAK 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 WALDENSTRÖMA
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 DOROSŁYCH 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	MIĘSAK 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, KRWIOTWÓTRCZEJ 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	PĘCHERZ 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	PRZEŁYK

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 ŻÓŁCIOWE 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	ŚRÓDPIERSIE
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	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
632	**CISPLATINUM**	D29.0	PRĄCIE
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	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
640	**CISPLATINUM**	D30.0	NERKA
641	**CISPLATINUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
642	**CISPLATINUM**	D30.2	MOCZOWÓD
643	**CISPLATINUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
644	**CISPLATINUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
645	**CISPLATINUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
646	**CISPLATINUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
647	**CISPLATINUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR 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, NADNAMIOTOWE
662	**CISPLATINUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
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	SZYSZYNKA
674	**CISPLATINUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
675	**CISPLATINUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
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, PĘCHERZYK 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	ŚRÓDPIERSIE
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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	PĘCHERZ MOCZOWY
719	**CISPLATINUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
720	**CISPLATINUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
721	**CISPLATINUM**	D42	NOWOTWÓR 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 PRZYZWOJOWE
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, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
746	**CISPLATINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO 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 ZAOTRZEWNOWA
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 (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
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 SIATECZKOWO-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, KRWIOTWÓTRCZEJ 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 NADMIAREM BLASTÓW
89	**CLADRIBINUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
90	**CLADRIBINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ

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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C04	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C08	NOWOTWÓR 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 SKRZELOWA
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 PRZEKRACZAJACE 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I 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	NOWOTWÓR 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 MNIEJSZA 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	NOWOTWÓR 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	UCHYŁEK 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 ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

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 ŻÓŁCIOWYCH 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C25	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH 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	OPŁUCNA
166	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
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 PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY 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 PRZEKRACZAJACE GRANICE OKREŚLONE KODAMI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
208	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C47	NOWOTWORY 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 TUŁOWIA, 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWORY 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
256	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
257	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
258	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
263	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
264	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
265	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
266	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
267	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
268	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C57.3	PRZYMACICZA
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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
274	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C60	NOWOTWÓR 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 PĘCHERZA MOCZOWEGO
296	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
297	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
298	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
299	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
300	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
301	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
302	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
303	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.7	MOCZOWNIK
304	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
305	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C67.9	PĘCHERZ 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
326	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.0	MÓZG Z 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	MÓŻDŻEK
333	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
334	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
335	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
336	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C72	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
346	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C74	NOWOTWÓR 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	SZYSZYNKA
355	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
356	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
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 WNĘTRZA 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 ODDECHOWEGI 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 PĘCHERZA 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 WALDENSTRÖMA
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 PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
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 DOROSŁYCH 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	MIĘSAK 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, KRWIOTWÓTRCZEJ 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, PĘCHERZYK 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	PĘCHERZ 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 NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH 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	NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE 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	ŚRÓDPIERSIE
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 DŁUGIE 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	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
590	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
591	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D18.1	NACZYNIAK 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, NADNAMIOTOWE
647	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
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	SZYSZYNKA
660	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
661	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
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, PĘCHERZYK 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	ŚRÓDPIERSIE
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	PĘCHERZ 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 SYSTEM NERWOWY, 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 PRZYZWOJOWE
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 NADMIAREM BLASTÓW
734	**CYKLOPHOSPHAMIDUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW 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, KRWIOTWÓTRCZEGO 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 (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
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	MÓZG Z 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	MÓŻDŻEK
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 PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
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 DOROSŁYCH 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, KRWIOTWÓTRCZEJ 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 BLASTÓW
141	**CYTARABINUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW 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 (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**DACARBAZINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**DACARBAZINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**DACARBAZINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**DACARBAZINUM**	C04	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**DACARBAZINUM**	C08	NOWOTWÓR 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 SKRZELOWA
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 PRZEKRACZAJACE 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**DACARBAZINUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**DACARBAZINUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**DACARBAZINUM**	C13.1	FAŁD 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I 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	NOWOTWÓR 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 MNIEJSZA 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	NOWOTWÓR 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	UCHYŁEK 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 ODBYTNICY
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 ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

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 ŻÓŁCIOWYCH 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 PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122	**DACARBAZINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123	**DACARBAZINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124	**DACARBAZINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	**DACARBAZINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126	**DACARBAZINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, 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 WEWNĄTRZWYDZIELNICZA 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 OPŁUCNEJ
153	**DACARBAZINUM**	C38.0	SERCE
154	**DACARBAZINUM**	C38.1	ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE
155	**DACARBAZINUM**	C38.2	ŚRÓDPIERSIE TYLNE
156	**DACARBAZINUM**	C38.3	ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
157	**DACARBAZINUM**	C38.4	OPŁUCNA
158	**DACARBAZINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
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 PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
162	**DACARBAZINUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
163	**DACARBAZINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
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 KOŃCZYN
169	**DACARBAZINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, 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 PRZEKRACZAJACE 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	WIĘZADŁO SZEROKIE 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
255	**DACARBAZINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
256	**DACARBAZINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
257	**DACARBAZINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
258	**DACARBAZINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
259	**DACARBAZINUM**	C63	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
267	**DACARBAZINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
268	**DACARBAZINUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
269	**DACARBAZINUM**	C67	NOWOTWÓR 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	MÓZG Z 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	MÓŻDŻEK
307	**DACARBAZINUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
308	**DACARBAZINUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
309	**DACARBAZINUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
310	**DACARBAZINUM**	C72	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
320	**DACARBAZINUM**	C74	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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 PRZYZWOJOWE
331	**DACARBAZINUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
332	**DACARBAZINUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
333	**DACARBAZINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
334	**DACARBAZINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
335	**DACARBAZINUM**	C76.1	KLATKA 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 WNĘTRZA KLATKI 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 ODDECHOWEGI 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 PĘCHERZA 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 PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
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 DOROSŁYCH 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, KRWIOTWÓTRCZEJ 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, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
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	NOWOTWÓR 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 NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH 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 ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
537	**DACARBAZINUM**	D13.6	TRZUSTKA
538	**DACARBAZINUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
539	**DACARBAZINUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE 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	ŚRÓDPIERSIE
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	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
564	**DACARBAZINUM**	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
565	**DACARBAZINUM**	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
566	**DACARBAZINUM**	D19	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE MIĘDZYBŁONKA
567	**DACARBAZINUM**	D19.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
568	**DACARBAZINUM**	D19.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
569	**DACARBAZINUM**	D19.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
570	**DACARBAZINUM**	D19.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
571	**DACARBAZINUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
572	**DACARBAZINUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
573	**DACARBAZINUM**	D20.1	OTRZEWNA
574	**DACARBAZINUM**	D21	INNE NOWOTWORY 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 PRZYZWOJOWE
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	NOWOTWÓR 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	ŚRÓDPIERSIE
659	**DACARBAZINUM**	D38.4	GRASICA
660	**DACARBAZINUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
661	**DACARBAZINUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
662	**DACARBAZINUM**	D39	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	PĘCHERZ 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	KŁĘBEK SZYJNY
701	**DACARBAZINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
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 NADMIAREM BLASTÓW
709	**DACARBAZINUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW 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, KRWIOTWÓTRCZEGO 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, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
719	**DACARBAZINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO 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	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
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	**DOCETAXELUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	**DOCETAXELUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	**DOCETAXELUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	**DOCETAXELUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	**DOCETAXELUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	**DOCETAXELUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	**DOCETAXELUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	**DOCETAXELUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	**DOCETAXELUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	**DOCETAXELUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	**DOCETAXELUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	**DOCETAXELUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	**DOCETAXELUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	**DOCETAXELUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	**DOCETAXELUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	**DOCETAXELUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	**DOCETAXELUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	**DOCETAXELUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	**DOCETAXELUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20	**DOCETAXELUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**DOCETAXELUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
22	**DOCETAXELUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**DOCETAXELUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**DOCETAXELUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**DOCETAXELUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**DOCETAXELUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**DOCETAXELUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**DOCETAXELUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**DOCETAXELUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**DOCETAXELUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**DOCETAXELUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**DOCETAXELUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**DOCETAXELUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**DOCETAXELUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**DOCETAXELUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**DOCETAXELUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**DOCETAXELUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**DOCETAXELUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**DOCETAXELUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**DOCETAXELUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**DOCETAXELUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**DOCETAXELUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43	**DOCETAXELUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	**DOCETAXELUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	**DOCETAXELUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	**DOCETAXELUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	**DOCETAXELUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
48	**DOCETAXELUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	**DOCETAXELUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	**DOCETAXELUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	**DOCETAXELUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	**DOCETAXELUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	**DOCETAXELUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	**DOCETAXELUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	**DOCETAXELUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	**DOCETAXELUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	**DOCETAXELUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58	**DOCETAXELUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	**DOCETAXELUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	**DOCETAXELUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	**DOCETAXELUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	**DOCETAXELUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	**DOCETAXELUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	**DOCETAXELUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	**DOCETAXELUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**DOCETAXELUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	**DOCETAXELUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**DOCETAXELUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**DOCETAXELUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**DOCETAXELUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	**DOCETAXELUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**DOCETAXELUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**DOCETAXELUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
74	**DOCETAXELUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**DOCETAXELUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**DOCETAXELUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**DOCETAXELUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**DOCETAXELUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	**DOCETAXELUM**	C16.0	WPUST
80	**DOCETAXELUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	**DOCETAXELUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	**DOCETAXELUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	**DOCETAXELUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
84	**DOCETAXELUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	**DOCETAXELUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	**DOCETAXELUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	**DOCETAXELUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	**DOCETAXELUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
89	**DOCETAXELUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
90	**DOCETAXELUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
91	**DOCETAXELUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
92	**DOCETAXELUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
93	**DOCETAXELUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
94	**DOCETAXELUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
95	**DOCETAXELUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
96	**DOCETAXELUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
97	**DOCETAXELUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
98	**DOCETAXELUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
99	**DOCETAXELUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
100	**DOCETAXELUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
101	**DOCETAXELUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
102	**DOCETAXELUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
103	**DOCETAXELUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
104	**DOCETAXELUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
105	**DOCETAXELUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
106	**DOCETAXELUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
107	**DOCETAXELUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
108	**DOCETAXELUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
109	**DOCETAXELUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
110	**DOCETAXELUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
111	**DOCETAXELUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
112	**DOCETAXELUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
113	**DOCETAXELUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
114	**DOCETAXELUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
115	**DOCETAXELUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
116	**DOCETAXELUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
117	**DOCETAXELUM**	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.	**DOXORUBICINUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21.	**DOXORUBICINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22.	**DOXORUBICINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23.	**DOXORUBICINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24.	**DOXORUBICINUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	**DOXORUBICINUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	**DOXORUBICINUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	**DOXORUBICINUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	**DOXORUBICINUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	**DOXORUBICINUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	**DOXORUBICINUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	**DOXORUBICINUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	**DOXORUBICINUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33.	**DOXORUBICINUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	**DOXORUBICINUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	**DOXORUBICINUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	**DOXORUBICINUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	**DOXORUBICINUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	**DOXORUBICINUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	**DOXORUBICINUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	**DOXORUBICINUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	**DOXORUBICINUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	**DOXORUBICINUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	**DOXORUBICINUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44.	**DOXORUBICINUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	**DOXORUBICINUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	**DOXORUBICINUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	**DOXORUBICINUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	**DOXORUBICINUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	**DOXORUBICINUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	**DOXORUBICINUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	**DOXORUBICINUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	**DOXORUBICINUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	**DOXORUBICINUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	**DOXORUBICINUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	**DOXORUBICINUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	**DOXORUBICINUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	**DOXORUBICINUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58.	**DOXORUBICINUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	**DOXORUBICINUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	**DOXORUBICINUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	**DOXORUBICINUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	**DOXORUBICINUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	**DOXORUBICINUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	**DOXORUBICINUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	**DOXORUBICINUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	**DOXORUBICINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	**DOXORUBICINUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
68.	**DOXORUBICINUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	**DOXORUBICINUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	**DOXORUBICINUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	**DOXORUBICINUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	**DOXORUBICINUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	**DOXORUBICINUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	**DOXORUBICINUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	**DOXORUBICINUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76.	**DOXORUBICINUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	**DOXORUBICINUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	**DOXORUBICINUM**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
79.	**DOXORUBICINUM**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
80.	**DOXORUBICINUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
81.	**DOXORUBICINUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
82.	**DOXORUBICINUM**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
83.	**DOXORUBICINUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
84.	**DOXORUBICINUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
85.	**DOXORUBICINUM**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
86.	**DOXORUBICINUM**	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
87.	**DOXORUBICINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
88.	**DOXORUBICINUM**	C16.0	WPUST
89.	**DOXORUBICINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
90.	**DOXORUBICINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
91.	**DOXORUBICINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
92.	**DOXORUBICINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
93.	**DOXORUBICINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
94.	**DOXORUBICINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
95.	**DOXORUBICINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
96.	**DOXORUBICINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
97.	**DOXORUBICINUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98.	**DOXORUBICINUM**	C17.0	DWUNASTNICA
99.	**DOXORUBICINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
100.	**DOXORUBICINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
101.	**DOXORUBICINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
102.	**DOXORUBICINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103.	**DOXORUBICINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104.	**DOXORUBICINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
105.	**DOXORUBICINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
106.	**DOXORUBICINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
107.	**DOXORUBICINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
108.	**DOXORUBICINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
109.	**DOXORUBICINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
110.	**DOXORUBICINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
111.	**DOXORUBICINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
112.	**DOXORUBICINUM**	C18.7	ESICA
113.	**DOXORUBICINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
114.	**DOXORUBICINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
115.	**DOXORUBICINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116.	**DOXORUBICINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
117.	**DOXORUBICINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
118.	**DOXORUBICINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
119.	**DOXORUBICINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
120.	**DOXORUBICINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
121.	**DOXORUBICINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
122.	**DOXORUBICINUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123.	**DOXORUBICINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124.	**DOXORUBICINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
125.	**DOXORUBICINUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
126.	**DOXORUBICINUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
127.	**DOXORUBICINUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
128.	**DOXORUBICINUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
129.	**DOXORUBICINUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
130.	**DOXORUBICINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
131.	**DOXORUBICINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
132.	**DOXORUBICINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
133.	**DOXORUBICINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134.	**DOXORUBICINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
135.	**DOXORUBICINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
136.	**DOXORUBICINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
137.	**DOXORUBICINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
138.	**DOXORUBICINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
139.	**DOXORUBICINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
140.	**DOXORUBICINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
141.	**DOXORUBICINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
142.	**DOXORUBICINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
143.	**DOXORUBICINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
144.	**DOXORUBICINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
145.	**DOXORUBICINUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
146.	**DOXORUBICINUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
147.	**DOXORUBICINUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
148.	**DOXORUBICINUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
149.	**DOXORUBICINUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
150.	**DOXORUBICINUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
151.	**DOXORUBICINUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
152.	**DOXORUBICINUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
153.	**DOXORUBICINUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
154.	**DOXORUBICINUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
155.	**DOXORUBICINUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
156.	**DOXORUBICINUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
157.	**DOXORUBICINUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
158.	**DOXORUBICINUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
159.	**DOXORUBICINUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
160.	**DOXORUBICINUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
161.	**DOXORUBICINUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
162.	**DOXORUBICINUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
163.	**DOXORUBICINUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
164.	**DOXORUBICINUM**	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.	**DOXORUBICINUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
166.	**DOXORUBICINUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
167.	**DOXORUBICINUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
168.	**DOXORUBICINUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
169.	**DOXORUBICINUM**	C38.0	SERCE
170.	**DOXORUBICINUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
171.	**DOXORUBICINUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
172.	**DOXORUBICINUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
173.	**DOXORUBICINUM**	C38.4	OPŁUCNA
174.	**DOXORUBICINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
175.	**DOXORUBICINUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
176.	**DOXORUBICINUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
177.	**DOXORUBICINUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
178.	**DOXORUBICINUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
179.	**DOXORUBICINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
180.	**DOXORUBICINUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
181.	**DOXORUBICINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
182.	**DOXORUBICINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
183.	**DOXORUBICINUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
184.	**DOXORUBICINUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
185.	**DOXORUBICINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
186.	**DOXORUBICINUM**	C41	NOWOTWÓR 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.	**DOXORUBICINUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
188.	**DOXORUBICINUM**	C41.1	ŻUCHWA
189.	**DOXORUBICINUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
190.	**DOXORUBICINUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
191.	**DOXORUBICINUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
192.	**DOXORUBICINUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
193.	**DOXORUBICINUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
194.	**DOXORUBICINUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
195.	**DOXORUBICINUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
196.	**DOXORUBICINUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
197.	**DOXORUBICINUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
198.	**DOXORUBICINUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
199.	**DOXORUBICINUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
200.	**DOXORUBICINUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
201.	**DOXORUBICINUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
202.	**DOXORUBICINUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
203.	**DOXORUBICINUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
204.	**DOXORUBICINUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
205.	**DOXORUBICINUM**	C45	MIĘDZYBŁONIAK
206.	**DOXORUBICINUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
207.	**DOXORUBICINUM**	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
208.	**DOXORUBICINUM**	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
209.	**DOXORUBICINUM**	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
210.	**DOXORUBICINUM**	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
211.	**DOXORUBICINUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI'EGO
212.	**DOXORUBICINUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY
213.	**DOXORUBICINUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ
214.	**DOXORUBICINUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA
215.	**DOXORUBICINUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI'EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
216.	**DOXORUBICINUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI'EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
217.	**DOXORUBICINUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI'EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
218.	**DOXORUBICINUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI'EGO, NIEOKREŚLONY
219.	**DOXORUBICINUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
220.	**DOXORUBICINUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
221.	**DOXORUBICINUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
222.	**DOXORUBICINUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
223.	**DOXORUBICINUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
224.	**DOXORUBICINUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
225.	**DOXORUBICINUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
226.	**DOXORUBICINUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
227.	**DOXORUBICINUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
228.	**DOXORUBICINUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
229.	**DOXORUBICINUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
230.	**DOXORUBICINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
231.	**DOXORUBICINUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
232.	**DOXORUBICINUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
233.	**DOXORUBICINUM**	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.	**DOXORUBICINUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
235.	**DOXORUBICINUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
236.	**DOXORUBICINUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
237.	**DOXORUBICINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
238.	**DOXORUBICINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
239.	**DOXORUBICINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
240.	**DOXORUBICINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
241.	**DOXORUBICINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
242.	**DOXORUBICINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
243.	**DOXORUBICINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
244.	**DOXORUBICINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
245.	**DOXORUBICINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
246.	**DOXORUBICINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
247.	**DOXORUBICINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
248.	**DOXORUBICINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
249.	**DOXORUBICINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
250.	**DOXORUBICINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
251.	**DOXORUBICINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
252.	**DOXORUBICINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
253.	**DOXORUBICINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
254.	**DOXORUBICINUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
255.	**DOXORUBICINUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
256.	**DOXORUBICINUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
257.	**DOXORUBICINUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
258.	**DOXORUBICINUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
259.	**DOXORUBICINUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
260.	**DOXORUBICINUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
261.	**DOXORUBICINUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
262.	**DOXORUBICINUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
263.	**DOXORUBICINUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
264.	**DOXORUBICINUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
265.	**DOXORUBICINUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
266.	**DOXORUBICINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
267.	**DOXORUBICINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
268.	**DOXORUBICINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
269.	**DOXORUBICINUM**	C54.3	DNO MACICY
270.	**DOXORUBICINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
271.	**DOXORUBICINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
272.	**DOXORUBICINUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
273.	**DOXORUBICINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
274.	**DOXORUBICINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
275.	**DOXORUBICINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
276.	**DOXORUBICINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
277.	**DOXORUBICINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
278.	**DOXORUBICINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
279.	**DOXORUBICINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
280.	**DOXORUBICINUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
281.	**DOXORUBICINUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
282.	**DOXORUBICINUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
283.	**DOXORUBICINUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
284.	**DOXORUBICINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
285.	**DOXORUBICINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
286.	**DOXORUBICINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
287.	**DOXORUBICINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
288.	**DOXORUBICINUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
289.	**DOXORUBICINUM**	C63.0	NAJĄDRZE
290.	**DOXORUBICINUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
291.	**DOXORUBICINUM**	C63.2	MOSZNA
292.	**DOXORUBICINUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
293.	**DOXORUBICINUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294.	**DOXORUBICINUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295.	**DOXORUBICINUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
296.	**DOXORUBICINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
297.	**DOXORUBICINUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
298.	**DOXORUBICINUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
299.	**DOXORUBICINUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
300.	**DOXORUBICINUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
301.	**DOXORUBICINUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
302.	**DOXORUBICINUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
303.	**DOXORUBICINUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
304.	**DOXORUBICINUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
305.	**DOXORUBICINUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
306.	**DOXORUBICINUM**	C67.7	MOCZOWNIK
307.	**DOXORUBICINUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
308.	**DOXORUBICINUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
309.	**DOXORUBICINUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
310.	**DOXORUBICINUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
311.	**DOXORUBICINUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
312.	**DOXORUBICINUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
313.	**DOXORUBICINUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
314.	**DOXORUBICINUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
315.	**DOXORUBICINUM**	C69.0	SPOJÓWKA
316.	**DOXORUBICINUM**	C69.1	ROGÓWKA
317.	**DOXORUBICINUM**	C69.2	SIATKÓWKA
318.	**DOXORUBICINUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
319.	**DOXORUBICINUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
320.	**DOXORUBICINUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
321.	**DOXORUBICINUM**	C69.6	OCZODÓŁ
322.	**DOXORUBICINUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
323.	**DOXORUBICINUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
324.	**DOXORUBICINUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
325.	**DOXORUBICINUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
326.	**DOXORUBICINUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
327.	**DOXORUBICINUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
328.	**DOXORUBICINUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
329.	**DOXORUBICINUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
330.	**DOXORUBICINUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
331.	**DOXORUBICINUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
332.	**DOXORUBICINUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
333.	**DOXORUBICINUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
334.	**DOXORUBICINUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
335.	**DOXORUBICINUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
336.	**DOXORUBICINUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
337.	**DOXORUBICINUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
338.	**DOXORUBICINUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
339.	**DOXORUBICINUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
340.	**DOXORUBICINUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
341.	**DOXORUBICINUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
342.	**DOXORUBICINUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
343.	**DOXORUBICINUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
344.	**DOXORUBICINUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
345.	**DOXORUBICINUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
346.	**DOXORUBICINUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
347.	**DOXORUBICINUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
348.	**DOXORUBICINUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
349.	**DOXORUBICINUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
350.	**DOXORUBICINUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
351.	**DOXORUBICINUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
352.	**DOXORUBICINUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
353.	**DOXORUBICINUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
354.	**DOXORUBICINUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
355.	**DOXORUBICINUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
356.	**DOXORUBICINUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
357.	**DOXORUBICINUM**	C75.3	SZYSZYNKA
358.	**DOXORUBICINUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
359.	**DOXORUBICINUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
360.	**DOXORUBICINUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
361.	**DOXORUBICINUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
362.	**DOXORUBICINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
363.	**DOXORUBICINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
364.	**DOXORUBICINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
365.	**DOXORUBICINUM**	C76.2	BRZUCH
366.	**DOXORUBICINUM**	C76.3	MIEDNICA
367.	**DOXORUBICINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
368.	**DOXORUBICINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
369.	**DOXORUBICINUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
370.	**DOXORUBICINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
371.	**DOXORUBICINUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
372.	**DOXORUBICINUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
373.	**DOXORUBICINUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
374.	**DOXORUBICINUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
375.	**DOXORUBICINUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
376.	**DOXORUBICINUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
377.	**DOXORUBICINUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
378.	**DOXORUBICINUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
379.	**DOXORUBICINUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
380.	**DOXORUBICINUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
381.	**DOXORUBICINUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
382.	**DOXORUBICINUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
383.	**DOXORUBICINUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
384.	**DOXORUBICINUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
385.	**DOXORUBICINUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
386.	**DOXORUBICINUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
387.	**DOXORUBICINUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
388.	**DOXORUBICINUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
389.	**DOXORUBICINUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
390.	**DOXORUBICINUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
391.	**DOXORUBICINUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
392.	**DOXORUBICINUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
393.	**DOXORUBICINUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
394.	**DOXORUBICINUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
395.	**DOXORUBICINUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
396.	**DOXORUBICINUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
397.	**DOXORUBICINUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
398.	**DOXORUBICINUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
399.	**DOXORUBICINUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
400.	**DOXORUBICINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
401.	**DOXORUBICINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
402.	**DOXORUBICINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
403.	**DOXORUBICINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
404.	**DOXORUBICINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
405.	**DOXORUBICINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
406.	**DOXORUBICINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
407.	**DOXORUBICINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
408.	**DOXORUBICINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
409.	**DOXORUBICINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
410.	**DOXORUBICINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
411.	**DOXORUBICINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
412.	**DOXORUBICINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
413.	**DOXORUBICINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
414.	**DOXORUBICINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
415.	**DOXORUBICINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
416.	**DOXORUBICINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
417.	**DOXORUBICINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
418.	**DOXORUBICINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
419.	**DOXORUBICINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
420.	**DOXORUBICINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
421.	**DOXORUBICINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
422.	**DOXORUBICINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
423.	**DOXORUBICINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
424.	**DOXORUBICINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
425.	**DOXORUBICINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
426.	**DOXORUBICINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
427.	**DOXORUBICINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
428.	**DOXORUBICINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
429.	**DOXORUBICINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
430.	**DOXORUBICINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
431.	**DOXORUBICINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
432.	**DOXORUBICINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
433.	**DOXORUBICINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
434.	**DOXORUBICINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
435.	**DOXORUBICINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
436.	**DOXORUBICINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
437.	**DOXORUBICINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
438.	**DOXORUBICINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
439.	**DOXORUBICINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
440.	**DOXORUBICINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
441.	**DOXORUBICINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
442.	**DOXORUBICINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
443.	**DOXORUBICINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
444.	**DOXORUBICINUM**	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.	**DOXORUBICINUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
446.	**DOXORUBICINUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
447.	**DOXORUBICINUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
448.	**DOXORUBICINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
449.	**DOXORUBICINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
450.	**DOXORUBICINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
451.	**DOXORUBICINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
452.	**DOXORUBICINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
453.	**DOXORUBICINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
454.	**DOXORUBICINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREKT
455.	**DOXORUBICINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
456.	**DOXORUBICINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
457.	**DOXORUBICINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
458.	**DOXORUBICINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459.	**DOXORUBICINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
460.	**DOXORUBICINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
461.	**DOXORUBICINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
462.	**DOXORUBICINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
463.	**DOXORUBICINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
464.	**DOXORUBICINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
465.	**DOXORUBICINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
466.	**DOXORUBICINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
467.	**DOXORUBICINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
468.	**DOXORUBICINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
469.	**DOXORUBICINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
470.	**DOXORUBICINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
471.	**DOXORUBICINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
472.	**DOXORUBICINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
473.	**DOXORUBICINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
474.	**DOXORUBICINUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
475.	**DOXORUBICINUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
476.	**DOXORUBICINUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
477.	**DOXORUBICINUM**	D01.2	ODBYTNICA
478.	**DOXORUBICINUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
479.	**DOXORUBICINUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
480.	**DOXORUBICINUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
481.	**DOXORUBICINUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
482.	**DOXORUBICINUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
483.	**DOXORUBICINUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
484.	**DOXORUBICINUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
485.	**DOXORUBICINUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
486.	**DOXORUBICINUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
487.	**DOXORUBICINUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
488.	**DOXORUBICINUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
489.	**DOXORUBICINUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
490.	**DOXORUBICINUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
491.	**DOXORUBICINUM**	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.	**DOXORUBICINUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
493.	**DOXORUBICINUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
494.	**DOXORUBICINUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
495.	**DOXORUBICINUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
496.	**DOXORUBICINUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
497.	**DOXORUBICINUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
498.	**DOXORUBICINUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
499.	**DOXORUBICINUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
500.	**DOXORUBICINUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
501.	**DOXORUBICINUM**	D07.1	SROM
502.	**DOXORUBICINUM**	D07.2	POCHWA
503.	**DOXORUBICINUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
504.	**DOXORUBICINUM**	D07.4	PRĄCIE
505.	**DOXORUBICINUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
506.	**DOXORUBICINUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
507.	**DOXORUBICINUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
508.	**DOXORUBICINUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
509.	**DOXORUBICINUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
510.	**DOXORUBICINUM**	D09.2	OKO
511.	**DOXORUBICINUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
512.	**DOXORUBICINUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
513.	**DOXORUBICINUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
514.	**DOXORUBICINUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
515.	**DOXORUBICINUM**	D10.0	WARGA
516.	**DOXORUBICINUM**	D10.1	JĘZYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
517.	**DOXORUBICINUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
518.	**DOXORUBICINUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
519.	**DOXORUBICINUM**	D10.4	MIGDAŁEK
520.	**DOXORUBICINUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
521.	**DOXORUBICINUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
522.	**DOXORUBICINUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
523.	**DOXORUBICINUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
524.	**DOXORUBICINUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
525.	**DOXORUBICINUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
526.	**DOXORUBICINUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
527.	**DOXORUBICINUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
528.	**DOXORUBICINUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
529.	**DOXORUBICINUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
530.	**DOXORUBICINUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
531.	**DOXORUBICINUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
532.	**DOXORUBICINUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
533.	**DOXORUBICINUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
534.	**DOXORUBICINUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
535.	**DOXORUBICINUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
536.	**DOXORUBICINUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
537.	**DOXORUBICINUM**	D12.8	ODBYTNICA
538.	**DOXORUBICINUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
539.	**DOXORUBICINUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
540.	**DOXORUBICINUM**	D13.0	PRZEŁYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
541.	**DOXORUBICINUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
542.	**DOXORUBICINUM**	D13.2	DWUNASTNICA
543.	**DOXORUBICINUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
544.	**DOXORUBICINUM**	D13.4	WĄTROBA
545.	**DOXORUBICINUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
546.	**DOXORUBICINUM**	D13.6	TRZUSTKA
547.	**DOXORUBICINUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
548.	**DOXORUBICINUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
549.	**DOXORUBICINUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
550.	**DOXORUBICINUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
551.	**DOXORUBICINUM**	D14.1	KRTAŃ
552.	**DOXORUBICINUM**	D14.2	TCHAWICA
553.	**DOXORUBICINUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
554.	**DOXORUBICINUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
555.	**DOXORUBICINUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
556.	**DOXORUBICINUM**	D15.0	GRASICA
557.	**DOXORUBICINUM**	D15.1	SERCE
558.	**DOXORUBICINUM**	D15.2	ŚRÓDPIERSIE
559.	**DOXORUBICINUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
560.	**DOXORUBICINUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
561.	**DOXORUBICINUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
562.	**DOXORUBICINUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
563.	**DOXORUBICINUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
564.	**DOXORUBICINUM**	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 POWRÓZKA NASIENNEGO
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.	**DOXORUBICINUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
589.	**DOXORUBICINUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
590.	**DOXORUBICINUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
591.	**DOXORUBICINUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
592.	**DOXORUBICINUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
593.	**DOXORUBICINUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
594.	**DOXORUBICINUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
595.	**DOXORUBICINUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
596.	**DOXORUBICINUM**	D28.0	SROM
597.	**DOXORUBICINUM**	D28.1	POCHWA
598.	**DOXORUBICINUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
599.	**DOXORUBICINUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
600.	**DOXORUBICINUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
601.	**DOXORUBICINUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
602.	**DOXORUBICINUM**	D29.0	PRĄCIE
603.	**DOXORUBICINUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
604.	**DOXORUBICINUM**	D29.2	JĄDRO
605.	**DOXORUBICINUM**	D29.3	NAJĄDRZE
606.	**DOXORUBICINUM**	D29.4	MOSZNA
607.	**DOXORUBICINUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
608.	**DOXORUBICINUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
609.	**DOXORUBICINUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
610.	**DOXORUBICINUM**	D30.0	NERKA
611.	**DOXORUBICINUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
612.	**DOXORUBICINUM**	D30.2	MOCZOWÓD
613.	**DOXORUBICINUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
614.	**DOXORUBICINUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
615.	**DOXORUBICINUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
616.	**DOXORUBICINUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
617.	**DOXORUBICINUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
618.	**DOXORUBICINUM**	D31.0	SPOJÓWKA
619.	**DOXORUBICINUM**	D31.1	ROGÓWKA
620.	**DOXORUBICINUM**	D31.2	SIATKÓWKA
621.	**DOXORUBICINUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
622.	**DOXORUBICINUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
623.	**DOXORUBICINUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
624.	**DOXORUBICINUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
625.	**DOXORUBICINUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
626.	**DOXORUBICINUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
627.	**DOXORUBICINUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
628.	**DOXORUBICINUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
629.	**DOXORUBICINUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
630.	**DOXORUBICINUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
631.	**DOXORUBICINUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
632.	**DOXORUBICINUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
633.	**DOXORUBICINUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
634.	**DOXORUBICINUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
635.	**DOXORUBICINUM**	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 PRZYZWOJOWE
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.	**DOXORUBICINUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
661.	**DOXORUBICINUM**	D37.5	ODBYTNICA
662.	**DOXORUBICINUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
663.	**DOXORUBICINUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
664.	**DOXORUBICINUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
665.	**DOXORUBICINUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
666.	**DOXORUBICINUM**	D38.0	KRTAŃ
667.	**DOXORUBICINUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
668.	**DOXORUBICINUM**	D38.2	OPŁUCNA
669.	**DOXORUBICINUM**	D38.3	ŚRÓDPIERSIE
670.	**DOXORUBICINUM**	D38.4	GRASICA
671.	**DOXORUBICINUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
672.	**DOXORUBICINUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
673.	**DOXORUBICINUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
674.	**DOXORUBICINUM**	D39.0	MACICA
675.	**DOXORUBICINUM**	D39.1	JAJNIK
676.	**DOXORUBICINUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
677.	**DOXORUBICINUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
678.	**DOXORUBICINUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
679.	**DOXORUBICINUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
680.	**DOXORUBICINUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
681.	**DOXORUBICINUM**	D40.1	JĄDRO
682.	**DOXORUBICINUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
683.	**DOXORUBICINUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
684.	**DOXORUBICINUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
685.	**DOXORUBICINUM**	D41.0	NERKA
686.	**DOXORUBICINUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
687.	**DOXORUBICINUM**	D41.2	MOCZOWÓD
688.	**DOXORUBICINUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
689.	**DOXORUBICINUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
690.	**DOXORUBICINUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
691.	**DOXORUBICINUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
692.	**DOXORUBICINUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
693.	**DOXORUBICINUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
694.	**DOXORUBICINUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
695.	**DOXORUBICINUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
696.	**DOXORUBICINUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
697.	**DOXORUBICINUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
698.	**DOXORUBICINUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
699.	**DOXORUBICINUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
700.	**DOXORUBICINUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
701.	**DOXORUBICINUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
702.	**DOXORUBICINUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
703.	**DOXORUBICINUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
704.	**DOXORUBICINUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
705.	**DOXORUBICINUM**	D44.0	TARCZYCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
706.	**DOXORUBICINUM**	D44.1	NADNERCZA
707.	**DOXORUBICINUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
708.	**DOXORUBICINUM**	D44.3	PRZYSADKA
709.	**DOXORUBICINUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
710.	**DOXORUBICINUM**	D44.5	SZYSZYNKA
711.	**DOXORUBICINUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
712.	**DOXORUBICINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
713.	**DOXORUBICINUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
714.	**DOXORUBICINUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
715.	**DOXORUBICINUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
716.	**DOXORUBICINUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
717.	**DOXORUBICINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
718.	**DOXORUBICINUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
719.	**DOXORUBICINUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
720.	**DOXORUBICINUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
721.	**DOXORUBICINUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
722.	**DOXORUBICINUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
723.	**DOXORUBICINUM**	D48.4	OTRZEWNA
724.	**DOXORUBICINUM**	D48.5	SKÓRA
725.	**DOXORUBICINUM**	D48.6	SUTEK
726.	**DOXORUBICINUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
727.	**DOXORUBICINUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
728.	**DOXORUBICINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
729.	**DOXORUBICINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
730.	**DOXORUBICINUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
731.	**DOXORUBICINUM**	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
732.	**DOXORUBICINUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
733.	**DOXORUBICINUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
734.	**DOXORUBICINUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
735.	**DOXORUBICINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
736.	**DOXORUBICINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
737.	**DOXORUBICINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
738.	**DOXORUBICINUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.21.a.

DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ 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 ≥200mg/m ^{2};

z uwzględnieniem przeciwskazań:

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 Leczniczego 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 SUBSTANCJI CZYNNEJ 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 (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = 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 (SZCZELINOWATYCH = 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 SUBSTANCJI CZYNNEJ 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, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI' EGO
2.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY
3.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI' EGO TKANKI MIĘKKIEJ
4.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA
5.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
6.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
7.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
8.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
9.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
10.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
11.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
12.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
13.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
14.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
15.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
16.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
17.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
18.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
19.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
20.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
21.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
22.	**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
23.	**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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
9	**EPIRUBICINUM**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
10	**EPIRUBICINUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
11	**EPIRUBICINUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
12	**EPIRUBICINUM**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
13	**EPIRUBICINUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
14	**EPIRUBICINUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
15	**EPIRUBICINUM**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
16	**EPIRUBICINUM**	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
17	**EPIRUBICINUM**	C16	NOWOTWÓR 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 KAPOSI'EGO
50	**EPIRUBICINUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY
51	**EPIRUBICINUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ
52	**EPIRUBICINUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA
53	**EPIRUBICINUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI'EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
54	**EPIRUBICINUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI'EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
55	**EPIRUBICINUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI'EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
56	**EPIRUBICINUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI'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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWORY 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
100	**EPIRUBICINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
101	**EPIRUBICINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
102	**EPIRUBICINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
103	**EPIRUBICINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
104	**EPIRUBICINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
105	**EPIRUBICINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
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	NOWOTWÓR 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 LIMFOEPITELIOIDALNY
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 PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
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 DOROSŁYCH 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, KRWIOTWÓTRCZEJ 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 (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS 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	**ETOPOSIDUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**ETOPOSIDUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**ETOPOSIDUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**ETOPOSIDUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**ETOPOSIDUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	**ETOPOSIDUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	**ETOPOSIDUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	**ETOPOSIDUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	**ETOPOSIDUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	**ETOPOSIDUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	**ETOPOSIDUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	**ETOPOSIDUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	**ETOPOSIDUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33	**ETOPOSIDUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	**ETOPOSIDUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	**ETOPOSIDUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	**ETOPOSIDUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	**ETOPOSIDUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	**ETOPOSIDUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	**ETOPOSIDUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	**ETOPOSIDUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	**ETOPOSIDUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**ETOPOSIDUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	**ETOPOSIDUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	**ETOPOSIDUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	**ETOPOSIDUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	**ETOPOSIDUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	**ETOPOSIDUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	**ETOPOSIDUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	**ETOPOSIDUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	**ETOPOSIDUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	**ETOPOSIDUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	**ETOPOSIDUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	**ETOPOSIDUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	**ETOPOSIDUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	**ETOPOSIDUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	**ETOPOSIDUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	**ETOPOSIDUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58	**ETOPOSIDUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	**ETOPOSIDUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	**ETOPOSIDUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	**ETOPOSIDUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	**ETOPOSIDUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	**ETOPOSIDUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	**ETOPOSIDUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	**ETOPOSIDUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**ETOPOSIDUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	**ETOPOSIDUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**ETOPOSIDUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**ETOPOSIDUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**ETOPOSIDUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	**ETOPOSIDUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**ETOPOSIDUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**ETOPOSIDUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	**ETOPOSIDUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**ETOPOSIDUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**ETOPOSIDUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**ETOPOSIDUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**ETOPOSIDUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	**ETOPOSIDUM**	C16.0	WPUST
80	**ETOPOSIDUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	**ETOPOSIDUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	**ETOPOSIDUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	**ETOPOSIDUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
84	**ETOPOSIDUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	**ETOPOSIDUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	**ETOPOSIDUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	**ETOPOSIDUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	**ETOPOSIDUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	**ETOPOSIDUM**	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	UCHYŁEK 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 ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	**ETOPOSIDUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	**ETOPOSIDUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	**ETOPOSIDUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	**ETOPOSIDUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	**ETOPOSIDUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	**ETOPOSIDUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	**ETOPOSIDUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121	**ETOPOSIDUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122	**ETOPOSIDUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123	**ETOPOSIDUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124	**ETOPOSIDUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	**ETOPOSIDUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126	**ETOPOSIDUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	**ETOPOSIDUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	**ETOPOSIDUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	**ETOPOSIDUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	**ETOPOSIDUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	**ETOPOSIDUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	**ETOPOSIDUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133	**ETOPOSIDUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	**ETOPOSIDUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	**ETOPOSIDUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	**ETOPOSIDUM**	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	**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	OPŁUCNA
166	**ETOPOSIDUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
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 PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA 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 DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173	**ETOPOSIDUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174	**ETOPOSIDUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE 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	**ETOPOSIDUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184	**ETOPOSIDUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185	**ETOPOSIDUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186	**ETOPOSIDUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187	**ETOPOSIDUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188	**ETOPOSIDUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189	**ETOPOSIDUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190	**ETOPOSIDUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191	**ETOPOSIDUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192	**ETOPOSIDUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193	**ETOPOSIDUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194	**ETOPOSIDUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195	**ETOPOSIDUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196	**ETOPOSIDUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197	**ETOPOSIDUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI'EGO
198	**ETOPOSIDUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY
199	**ETOPOSIDUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ
200	**ETOPOSIDUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA
201	**ETOPOSIDUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI'EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
202	**ETOPOSIDUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI'EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
203	**ETOPOSIDUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI'EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
204	**ETOPOSIDUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI'EGO, NIEOKREŚLONY
205	**ETOPOSIDUM**	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	**ETOPOSIDUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
207	**ETOPOSIDUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
208	**ETOPOSIDUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
209	**ETOPOSIDUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
210	**ETOPOSIDUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
211	**ETOPOSIDUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
212	**ETOPOSIDUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
213	**ETOPOSIDUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
214	**ETOPOSIDUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
215	**ETOPOSIDUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
216	**ETOPOSIDUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
217	**ETOPOSIDUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
218	**ETOPOSIDUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
219	**ETOPOSIDUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
220	**ETOPOSIDUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
221	**ETOPOSIDUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
222	**ETOPOSIDUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
223	**ETOPOSIDUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
224	**ETOPOSIDUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
225	**ETOPOSIDUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
226	**ETOPOSIDUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
227	**ETOPOSIDUM**	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	**ETOPOSIDUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
229	**ETOPOSIDUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
230	**ETOPOSIDUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
231	**ETOPOSIDUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
232	**ETOPOSIDUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
233	**ETOPOSIDUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
234	**ETOPOSIDUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
235	**ETOPOSIDUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
236	**ETOPOSIDUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
237	**ETOPOSIDUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
238	**ETOPOSIDUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
239	**ETOPOSIDUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
240	**ETOPOSIDUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
241	**ETOPOSIDUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
242	**ETOPOSIDUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
243	**ETOPOSIDUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
244	**ETOPOSIDUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
245	**ETOPOSIDUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
246	**ETOPOSIDUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
247	**ETOPOSIDUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
248	**ETOPOSIDUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
249	**ETOPOSIDUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
250	**ETOPOSIDUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
251	**ETOPOSIDUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
252	**ETOPOSIDUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
253	**ETOPOSIDUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
254	**ETOPOSIDUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
255	**ETOPOSIDUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
256	**ETOPOSIDUM**	C54.3	DNO MACICY
257	**ETOPOSIDUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
258	**ETOPOSIDUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
259	**ETOPOSIDUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
260	**ETOPOSIDUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
261	**ETOPOSIDUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
262	**ETOPOSIDUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
263	**ETOPOSIDUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
264	**ETOPOSIDUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
265	**ETOPOSIDUM**	C57.3	PRZYMACICZA
266	**ETOPOSIDUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
267	**ETOPOSIDUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
268	**ETOPOSIDUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
269	**ETOPOSIDUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
270	**ETOPOSIDUM**	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
271	**ETOPOSIDUM**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
272	**ETOPOSIDUM**	C60.0	NAPLETEK
273	**ETOPOSIDUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
274	**ETOPOSIDUM**	C60.2	TRZON PRĄCIA
275	**ETOPOSIDUM**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
276	**ETOPOSIDUM**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
277	**ETOPOSIDUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
278	**ETOPOSIDUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
279	**ETOPOSIDUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
280	**ETOPOSIDUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
281	**ETOPOSIDUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
282	**ETOPOSIDUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
283	**ETOPOSIDUM**	C63.0	NAJĄDRZE
284	**ETOPOSIDUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
285	**ETOPOSIDUM**	C63.2	MOSZNA
286	**ETOPOSIDUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
287	**ETOPOSIDUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
288	**ETOPOSIDUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
289	**ETOPOSIDUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
290	**ETOPOSIDUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
291	**ETOPOSIDUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
292	**ETOPOSIDUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
293	**ETOPOSIDUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
294	**ETOPOSIDUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
295	**ETOPOSIDUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
296	**ETOPOSIDUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
297	**ETOPOSIDUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
298	**ETOPOSIDUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
299	**ETOPOSIDUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
300	**ETOPOSIDUM**	C67.7	MOCZOWNIK
301	**ETOPOSIDUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
302	**ETOPOSIDUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
303	**ETOPOSIDUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
304	**ETOPOSIDUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
305	**ETOPOSIDUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
306	**ETOPOSIDUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
307	**ETOPOSIDUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
308	**ETOPOSIDUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
309	**ETOPOSIDUM**	C69.0	SPOJÓWKA
310	**ETOPOSIDUM**	C69.1	ROGÓWKA
311	**ETOPOSIDUM**	C69.2	SIATKÓWKA
312	**ETOPOSIDUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
313	**ETOPOSIDUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
314	**ETOPOSIDUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
315	**ETOPOSIDUM**	C69.6	OCZODÓŁ
316	**ETOPOSIDUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
317	**ETOPOSIDUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
318	**ETOPOSIDUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
319	**ETOPOSIDUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
320	**ETOPOSIDUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
321	**ETOPOSIDUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
322	**ETOPOSIDUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
323	**ETOPOSIDUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
324	**ETOPOSIDUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
325	**ETOPOSIDUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
326	**ETOPOSIDUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
327	**ETOPOSIDUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
328	**ETOPOSIDUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
329	**ETOPOSIDUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
330	**ETOPOSIDUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
331	**ETOPOSIDUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
332	**ETOPOSIDUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
333	**ETOPOSIDUM**	C72	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
343	**ETOPOSIDUM**	C74	NOWOTWÓR 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	SZYSZYNKA
352	**ETOPOSIDUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
353	**ETOPOSIDUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
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 WNĘTRZA 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	**ETOPOSIDUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
371	**ETOPOSIDUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
372	**ETOPOSIDUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
373	**ETOPOSIDUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
374	**ETOPOSIDUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
375	**ETOPOSIDUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
376	**ETOPOSIDUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
377	**ETOPOSIDUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
378	**ETOPOSIDUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
379	**ETOPOSIDUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
380	**ETOPOSIDUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
381	**ETOPOSIDUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
382	**ETOPOSIDUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
383	**ETOPOSIDUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
384	**ETOPOSIDUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
385	**ETOPOSIDUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
386	**ETOPOSIDUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
387	**ETOPOSIDUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
388	**ETOPOSIDUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
389	**ETOPOSIDUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
390	**ETOPOSIDUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
391	**ETOPOSIDUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
392	**ETOPOSIDUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
393	**ETOPOSIDUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
394	**ETOPOSIDUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
395	**ETOPOSIDUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
396	**ETOPOSIDUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
397	**ETOPOSIDUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
398	**ETOPOSIDUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
399	**ETOPOSIDUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
400	**ETOPOSIDUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
401	**ETOPOSIDUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
402	**ETOPOSIDUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
403	**ETOPOSIDUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
404	**ETOPOSIDUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
405	**ETOPOSIDUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
406	**ETOPOSIDUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
407	**ETOPOSIDUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
408	**ETOPOSIDUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
409	**ETOPOSIDUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
410	**ETOPOSIDUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
411	**ETOPOSIDUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
412	**ETOPOSIDUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
413	**ETOPOSIDUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
414	**ETOPOSIDUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
415	**ETOPOSIDUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
416	**ETOPOSIDUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
417	**ETOPOSIDUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
418	**ETOPOSIDUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
419	**ETOPOSIDUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
420	**ETOPOSIDUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
421	**ETOPOSIDUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
422	**ETOPOSIDUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
423	**ETOPOSIDUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
424	**ETOPOSIDUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
425	**ETOPOSIDUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
426	**ETOPOSIDUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
427	**ETOPOSIDUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
428	**ETOPOSIDUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
429	**ETOPOSIDUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
430	**ETOPOSIDUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
431	**ETOPOSIDUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
432	**ETOPOSIDUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
433	**ETOPOSIDUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
434	**ETOPOSIDUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
435	**ETOPOSIDUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
436	**ETOPOSIDUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
437	**ETOPOSIDUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
438	**ETOPOSIDUM**	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 PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
441	**ETOPOSIDUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
442	**ETOPOSIDUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
443	**ETOPOSIDUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
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 KOMÓREKT
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	**ETOPOSIDUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
464	**ETOPOSIDUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
465	**ETOPOSIDUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
466	**ETOPOSIDUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
467	**ETOPOSIDUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
468	**ETOPOSIDUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
469	**ETOPOSIDUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
470	**ETOPOSIDUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
471	**ETOPOSIDUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
472	**ETOPOSIDUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
473	**ETOPOSIDUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
474	**ETOPOSIDUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
475	**ETOPOSIDUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
476	**ETOPOSIDUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
477	**ETOPOSIDUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
478	**ETOPOSIDUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
479	**ETOPOSIDUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
480	**ETOPOSIDUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
481	**ETOPOSIDUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
482	**ETOPOSIDUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
483	**ETOPOSIDUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
484	**ETOPOSIDUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
485	**ETOPOSIDUM**	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	**ETOPOSIDUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
487	**ETOPOSIDUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
488	**ETOPOSIDUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
489	**ETOPOSIDUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
490	**ETOPOSIDUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
491	**ETOPOSIDUM**	D01.2	ODBYTNICA
492	**ETOPOSIDUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
493	**ETOPOSIDUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
494	**ETOPOSIDUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
495	**ETOPOSIDUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
496	**ETOPOSIDUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
497	**ETOPOSIDUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
498	**ETOPOSIDUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
499	**ETOPOSIDUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
500	**ETOPOSIDUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
501	**ETOPOSIDUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
502	**ETOPOSIDUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
503	**ETOPOSIDUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
504	**ETOPOSIDUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
505	**ETOPOSIDUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
506	**ETOPOSIDUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
507	**ETOPOSIDUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
508	**ETOPOSIDUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
509	**ETOPOSIDUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
510	**ETOPOSIDUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
511	**ETOPOSIDUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
512	**ETOPOSIDUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
513	**ETOPOSIDUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
514	**ETOPOSIDUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
515	**ETOPOSIDUM**	D07.1	SROM
516	**ETOPOSIDUM**	D07.2	POCHWA
517	**ETOPOSIDUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
518	**ETOPOSIDUM**	D07.4	PRĄCIE
519	**ETOPOSIDUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
520	**ETOPOSIDUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
521	**ETOPOSIDUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
522	**ETOPOSIDUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
523	**ETOPOSIDUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
524	**ETOPOSIDUM**	D09.2	OKO
525	**ETOPOSIDUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
526	**ETOPOSIDUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
527	**ETOPOSIDUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
528	**ETOPOSIDUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
529	**ETOPOSIDUM**	D10.0	WARGA
530	**ETOPOSIDUM**	D10.1	JĘZYK
531	**ETOPOSIDUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
532	**ETOPOSIDUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
533	**ETOPOSIDUM**	D10.4	MIGDAŁEK
534	**ETOPOSIDUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
535	**ETOPOSIDUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
536	**ETOPOSIDUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
537	**ETOPOSIDUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
538	**ETOPOSIDUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
539	**ETOPOSIDUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
540	**ETOPOSIDUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
541	**ETOPOSIDUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
542	**ETOPOSIDUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
543	**ETOPOSIDUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
544	**ETOPOSIDUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
545	**ETOPOSIDUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
546	**ETOPOSIDUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
547	**ETOPOSIDUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
548	**ETOPOSIDUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
549	**ETOPOSIDUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
550	**ETOPOSIDUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
551	**ETOPOSIDUM**	D12.8	ODBYTNICA
552	**ETOPOSIDUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
553	**ETOPOSIDUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
554	**ETOPOSIDUM**	D13.0	PRZEŁYK
555	**ETOPOSIDUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
556	**ETOPOSIDUM**	D13.2	DWUNASTNICA
557	**ETOPOSIDUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
558	**ETOPOSIDUM**	D13.4	WĄTROBA
559	**ETOPOSIDUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
560	**ETOPOSIDUM**	D13.6	TRZUSTKA
561	**ETOPOSIDUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
562	**ETOPOSIDUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
563	**ETOPOSIDUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
564	**ETOPOSIDUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
565	**ETOPOSIDUM**	D14.1	KRTAŃ
566	**ETOPOSIDUM**	D14.2	TCHAWICA
567	**ETOPOSIDUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
568	**ETOPOSIDUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
569	**ETOPOSIDUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
570	**ETOPOSIDUM**	D15.0	GRASICA
571	**ETOPOSIDUM**	D15.1	SERCE
572	**ETOPOSIDUM**	D15.2	ŚRÓDPIERSIE
573	**ETOPOSIDUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
574	**ETOPOSIDUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
575	**ETOPOSIDUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
576	**ETOPOSIDUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
577	**ETOPOSIDUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
578	**ETOPOSIDUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
579	**ETOPOSIDUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
580	**ETOPOSIDUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
581	**ETOPOSIDUM**	D16.5	ŻUCHWA
582	**ETOPOSIDUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
583	**ETOPOSIDUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
584	**ETOPOSIDUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
585	**ETOPOSIDUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
586	**ETOPOSIDUM**	D18	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
587	**ETOPOSIDUM**	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
588	**ETOPOSIDUM**	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
589	**ETOPOSIDUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
590	**ETOPOSIDUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
591	**ETOPOSIDUM**	D20.1	OTRZEWNA
592	**ETOPOSIDUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
593	**ETOPOSIDUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
594	**ETOPOSIDUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
595	**ETOPOSIDUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
596	**ETOPOSIDUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
597	**ETOPOSIDUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
598	**ETOPOSIDUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
599	**ETOPOSIDUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
600	**ETOPOSIDUM**	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	**ETOPOSIDUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
602	**ETOPOSIDUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
603	**ETOPOSIDUM**	D28.0	SROM
604	**ETOPOSIDUM**	D28.1	POCHWA
605	**ETOPOSIDUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
606	**ETOPOSIDUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
607	**ETOPOSIDUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
608	**ETOPOSIDUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
609	**ETOPOSIDUM**	D29.0	PRĄCIE
610	**ETOPOSIDUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
611	**ETOPOSIDUM**	D29.2	JĄDRO
612	**ETOPOSIDUM**	D29.3	NAJĄDRZE
613	**ETOPOSIDUM**	D29.4	MOSZNA
614	**ETOPOSIDUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
615	**ETOPOSIDUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
616	**ETOPOSIDUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
617	**ETOPOSIDUM**	D30.0	NERKA
618	**ETOPOSIDUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
619	**ETOPOSIDUM**	D30.2	MOCZOWÓD
620	**ETOPOSIDUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
621	**ETOPOSIDUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
622	**ETOPOSIDUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
623	**ETOPOSIDUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
624	**ETOPOSIDUM**	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 OPON MÓZGOWYCH
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 PRZYZWOJOWE
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, PĘCHERZYK 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	**ETOPOSIDUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
673	**ETOPOSIDUM**	D38.0	KRTAŃ
674	**ETOPOSIDUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
675	**ETOPOSIDUM**	D38.2	OPŁUCNA
676	**ETOPOSIDUM**	D38.3	SRÓDPIERSIE
677	**ETOPOSIDUM**	D38.4	GRASICA
678	**ETOPOSIDUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
679	**ETOPOSIDUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
680	**ETOPOSIDUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
681	**ETOPOSIDUM**	D39.0	MACICA
682	**ETOPOSIDUM**	D39.1	JAJNIK
683	**ETOPOSIDUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
684	**ETOPOSIDUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
685	**ETOPOSIDUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
686	**ETOPOSIDUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
687	**ETOPOSIDUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
688	**ETOPOSIDUM**	D40.1	JĄDRO
689	**ETOPOSIDUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
690	**ETOPOSIDUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
691	**ETOPOSIDUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
692	**ETOPOSIDUM**	D41.0	NERKA
693	**ETOPOSIDUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
694	**ETOPOSIDUM**	D41.2	MOCZOWÓD
695	**ETOPOSIDUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
696	**ETOPOSIDUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
697	**ETOPOSIDUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
698	**ETOPOSIDUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
699	**ETOPOSIDUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
700	**ETOPOSIDUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
701	**ETOPOSIDUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
702	**ETOPOSIDUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
703	**ETOPOSIDUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
704	**ETOPOSIDUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
705	**ETOPOSIDUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
706	**ETOPOSIDUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
707	**ETOPOSIDUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
708	**ETOPOSIDUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
709	**ETOPOSIDUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
710	**ETOPOSIDUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
711	**ETOPOSIDUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
712	**ETOPOSIDUM**	D44.0	TARCZYCA
713	**ETOPOSIDUM**	D44.1	NADNERCZA
714	**ETOPOSIDUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
715	**ETOPOSIDUM**	D44.3	PRZYSADKA
716	**ETOPOSIDUM**	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 PRZYZWOJOWE
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 NADMIAREM BLASTÓW
727	**ETOPOSIDUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW 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	**ETOPOSIDUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
739	**ETOPOSIDUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
740	**ETOPOSIDUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
741	**ETOPOSIDUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
742	**ETOPOSIDUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
743	**ETOPOSIDUM**	D48.4	OTRZEWNA
744	**ETOPOSIDUM**	D48.5	SKÓRA
745	**ETOPOSIDUM**	D48.6	SUTEK
746	**ETOPOSIDUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
747	**ETOPOSIDUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
748	**ETOPOSIDUM**	D63.0	NIEDOKRWISTOŚĆ W PRZEBIEGU CHOROBY NOWOTWOROWEJ (C00-D48□)
749	**ETOPOSIDUM**	D63.8	NIEDOKRWISTOŚĆ W PRZEBIEGU INNYCH CHORÓB PRZEWLEKŁYCH SKLASYFIKOWANYCH GDZIE INDZIEJ
750	**ETOPOSIDUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
751	**ETOPOSIDUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
752	**ETOPOSIDUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
753	**ETOPOSIDUM**	D81.9	ZŁOŻONE NIEDOBORY ODPORNOŚCI, NIEOKREŚLONE
754	**ETOPOSIDUM**	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
755	**ETOPOSIDUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
756	**ETOPOSIDUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
757	**ETOPOSIDUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
758	**ETOPOSIDUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
759	**ETOPOSIDUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
760	**ETOPOSIDUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
761	**ETOPOSIDUM**	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 LIMFOEPITELIOIDALNY
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 WALDENSTRÖMA
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 DOROSŁYCH 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21	**FLUORO URACILUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**FLUORO URACILUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**FLUORO URACILUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24	**FLUORO URACILUM**	C04	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	**FLUORO URACILUM**	C08	NOWOTWÓR 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 SKRZELOWA
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 PRZEKRACZAJACE 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	**FLUOROURACILUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**FLUOROURACILUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**FLUOROURACILUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**FLUOROURACILUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	**FLUOROURACILUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**FLUOROURACILUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**FLUOROURACILUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	**FLUOROURACILUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	**FLUOROURACILUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	**FLUOROURACILUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	**FLUOROURACILUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	**FLUOROURACILUM**	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
79	**FLUOROURACILUM**	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
80	**FLUOROURACILUM**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
81	**FLUOROURACILUM**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
82	**FLUOROURACILUM**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
83	**FLUOROURACILUM**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
84	**FLUOROURACILUM**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
85	**FLUOROURACILUM**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
86	**FLUOROURACILUM**	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
87	**FLUOROURACILUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
88	**FLUOROURACILUM**	C16.0	WPUST
89	**FLUOROURACILUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	**FLUOROURACILUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
91	**FLUOROURACILUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
92	**FLUOROURACILUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
93	**FLUOROURACILUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
94	**FLUOROURACILUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
95	**FLUOROURACILUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
96	**FLUOROURACILUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
97	**FLUOROURACILUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98	**FLUOROURACILUM**	C17.0	DWUNASTNICA
99	**FLUOROURACILUM**	C17.1	JELITO CZCZE
100	**FLUOROURACILUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
101	**FLUOROURACILUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
102	**FLUOROURACILUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103	**FLUOROURACILUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104	**FLUOROURACILUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
105	**FLUOROURACILUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
106	**FLUOROURACILUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
107	**FLUOROURACILUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
108	**FLUOROURACILUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
109	**FLUOROURACILUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
110	**FLUOROURACILUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
111	**FLUOROURACILUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
112	**FLUOROURACILUM**	C18.7	ESICA
113	**FLUOROURACILUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	**FLUORO URACILUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
115	**FLUORO URACILUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116	**FLUORO URACILUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
117	**FLUORO URACILUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
118	**FLUORO URACILUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
119	**FLUORO URACILUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
120	**FLUORO URACILUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
121	**FLUORO URACILUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
122	**FLUORO URACILUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123	**FLUORO URACILUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124	**FLUORO URACILUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
125	**FLUORO URACILUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
126	**FLUORO URACILUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
127	**FLUORO URACILUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
128	**FLUORO URACILUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
129	**FLUORO URACILUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
130	**FLUORO URACILUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
131	**FLUORO URACILUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
132	**FLUORO URACILUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
133	**FLUORO URACILUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134	**FLUORO URACILUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
135	**FLUORO URACILUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
136	**FLUORO URACILUM**	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 WEWNĄTRZWYDZIELNICZA 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	**FLUOROURACILUM**	C32.0	GŁOŚNIA
162	**FLUOROURACILUM**	C32.1	NAGŁOŚNIA
163	**FLUOROURACILUM**	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
164	**FLUOROURACILUM**	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
165	**FLUOROURACILUM**	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
166	**FLUOROURACILUM**	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
167	**FLUOROURACILUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
168	**FLUOROURACILUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
169	**FLUOROURACILUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
170	**FLUOROURACILUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
171	**FLUOROURACILUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
172	**FLUOROURACILUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
173	**FLUOROURACILUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
174	**FLUOROURACILUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
175	**FLUOROURACILUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
176	**FLUOROURACILUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
177	**FLUOROURACILUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
178	**FLUOROURACILUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
179	**FLUOROURACILUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
180	**FLUOROURACILUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
181	**FLUOROURACILUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
182	**FLUOROURACILUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
183	**FLUOROURACILUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
184	**FLUOROURACILUM**	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	MIĘŚNIÓWKA 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	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
201	**FLUORO URACILUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE 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 ODDECHOWEGI 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	**FLUOROURACILUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
232	**FLUOROURACILUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
233	**FLUOROURACILUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
234	**FLUOROURACILUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
235	**FLUOROURACILUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
236	**FLUOROURACILUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
237	**FLUOROURACILUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
238	**FLUOROURACILUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
239	**FLUOROURACILUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
240	**FLUOROURACILUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
241	**FLUOROURACILUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
242	**FLUOROURACILUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
243	**FLUOROURACILUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
244	**FLUOROURACILUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
245	**FLUOROURACILUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
246	**FLUOROURACILUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
247	**FLUOROURACILUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
248	**FLUOROURACILUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
249	**FLUOROURACILUM**	D48.4	OTRZEWNA
250	**FLUOROURACILUM**	D48.5	SKÓRA
251	**FLUOROURACILUM**	D48.6	SUTEK
252	**FLUOROURACILUM**	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	NOWOT WÓR 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 ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
3.	**GEMCITABINE**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
4.	**GEMCITABINE**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
5.	**GEMCITABINE**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
6.	**GEMCITABINE**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
7.	**GEMCITABINE**	C38.4	OPŁUCNA
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 *w przypadku:* *mięsaka gładkokomórkowego*
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 *w przypadku:* *nowotworów złośliwych wywodzących się z kanalików zbiorczych oraz raków ze zróżnicowaniem mięsakowatym*
19.	**GEMCITABINE**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ *w przypadku:* *nowotworów złośliwych wywodzących się z kanalików zbiorczych oraz raków ze zróżnicowaniem mięsakowatym*
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 *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
26.	**GEMCITABINE**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
27.	**GEMCITABINE**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
28.	**GEMCITABINE**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*
29.	**GEMCITABINE**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe*

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	MÓZG Z 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	MÓŻDŻEK
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	ZMNIEJSZENIE 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	MIĘSAK 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 BLASTÓW
77	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW 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 SIEROPAWTOKRWINKOWA Z PRZEŁOMEM
84	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D57.1	NIEDOKRWISTOŚĆ SIEROPAWTOKRWINKOWA BEZ PRZEŁOMU
85	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D57.2	PODWÓJNA HETEROZYGOTA W POŁĄCZENIU Z SIERPOWATOKRWINKOWOŚCIĄ
86	**HYDROXYCARBAMIDUM**	D57.3	CECHA SERPOWATOKRWINKOWOŚCI
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.30.

IDARUBICIN

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**IDARUBICIN**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
2	**IDARUBICIN**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
3	**IDARUBICIN**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
4	**IDARUBICIN**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
5	**IDARUBICIN**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
6	**IDARUBICIN**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
7	**IDARUBICIN**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
8	**IDARUBICIN**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
9	**IDARUBICIN**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
10	**IDARUBICIN**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
11	**IDARUBICIN**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
12	**IDARUBICIN**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
13	**IDARUBICIN**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
14	**IDARUBICIN**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
15	**IDARUBICIN**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
16	**IDARUBICIN**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
17	**IDARUBICIN**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
18	**IDARUBICIN**	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
19	**IDARUBICIN**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
20	**IDARUBICIN**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
21	**IDARUBICIN**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
22	**IDARUBICIN**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
23	**IDARUBICIN**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
24	**IDARUBICIN**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
25	**IDARUBICIN**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
26	**IDARUBICIN**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
27	**IDARUBICIN**	C74.0	KORA NADNERCZY
28	**IDARUBICIN**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
29	**IDARUBICIN**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
30	**IDARUBICIN**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
31	**IDARUBICIN**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
32	**IDARUBICIN**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
33	**IDARUBICIN**	C76.2	BRZUCH
34	**IDARUBICIN**	C76.3	MIEDNICA
35	**IDARUBICIN**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
36	**IDARUBICIN**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
37	**IDARUBICIN**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
38	**IDARUBICIN**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
39	**IDARUBICIN**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
40	**IDARUBICIN**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
41	**IDARUBICIN**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
42	**IDARUBICIN**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
43	**IDARUBICIN**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
44	**IDARUBICIN**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
45	**IDARUBICIN**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
46	**IDARUBICIN**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
47	**IDARUBICIN**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
48	**IDARUBICIN**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
49	**IDARUBICIN**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
50	**IDARUBICIN**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
51	**IDARUBICIN**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
52	**IDARUBICIN**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
53	**IDARUBICIN**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
54	**IDARUBICIN**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
55	**IDARUBICIN**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
56	**IDARUBICIN**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
57	**IDARUBICIN**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
58	**IDARUBICIN**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
59	**IDARUBICIN**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
60	**IDARUBICIN**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
61	**IDARUBICIN**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
62	**IDARUBICIN**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
63	**IDARUBICIN**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
64	**IDARUBICIN**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
65	**IDARUBICIN**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
66	**IDARUBICIN**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
67	**IDARUBICIN**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
68	**IDARUBICIN**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
69	**IDARUBICIN**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
70	**IDARUBICIN**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
71	**IDARUBICIN**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
72	**IDARUBICIN**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
73	**IDARUBICIN**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
74	**IDARUBICIN**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
75	**IDARUBICIN**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
76	**IDARUBICIN**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
77	**IDARUBICIN**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
78	**IDARUBICIN**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
79	**IDARUBICIN**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
80	**IDARUBICIN**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
81	**IDARUBICIN**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
82	**IDARUBICIN**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
83	**IDARUBICIN**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
84	**IDARUBICIN**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
85	**IDARUBICIN**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
86	**IDARUBICIN**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
87	**IDARUBICIN**	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
88	**IDARUBICIN**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
89	**IDARUBICIN**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
90	**IDARUBICIN**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
91	**IDARUBICIN**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
92	**IDARUBICIN**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
93	**IDARUBICIN**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
94	**IDARUBICIN**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
95	**IDARUBICIN**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
96	**IDARUBICIN**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY

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 DZIĄSŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	**IFOSFAMIDUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22	**IFOSFAMIDUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23	**IFOSFAMIDUM**	C03.9	DZIĄSŁO, 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 SKRZELOWA
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 PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	**IFOSFAMIDUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	**IFOSFAMIDUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68	**IFOSFAMIDUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	**IFOSFAMIDUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	**IFOSFAMIDUM**	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	**IFOSFAMIDUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	**IFOSFAMIDUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	**IFOSFAMIDUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	**IFOSFAMIDUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I 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 MNIEJSZA 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	UCHYŁEK 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 ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	**IFOSFAMIDUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
114	**IFOSFAMIDUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	**IFOSFAMIDUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH 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 PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122	**IFOSFAMIDUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123	**IFOSFAMIDUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124	**IFOSFAMIDUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	**IFOSFAMIDUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126	**IFOSFAMIDUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, 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 NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH 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 NIEDOKŁADNIE OKREŚLONA
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	OPŁUCNA
173	**IFOSFAMIDUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
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 PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA 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	**IFOSFAMIDUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
197	**IFOSFAMIDUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
198	**IFOSFAMIDUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
199	**IFOSFAMIDUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
200	**IFOSFAMIDUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
201	**IFOSFAMIDUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
202	**IFOSFAMIDUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
203	**IFOSFAMIDUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
204	**IFOSFAMIDUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI'EGO
205	**IFOSFAMIDUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY
206	**IFOSFAMIDUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ
207	**IFOSFAMIDUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA
208	**IFOSFAMIDUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI'EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
209	**IFOSFAMIDUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI'EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
210	**IFOSFAMIDUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI'EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
211	**IFOSFAMIDUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI'EGO, NIEOKREŚLONY
212	**IFOSFAMIDUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
213	**IFOSFAMIDUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
214	**IFOSFAMIDUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
215	**IFOSFAMIDUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
216	**IFOSFAMIDUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
217	**IFOSFAMIDUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
218	**IFOSFAMIDUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
219	**IFOSFAMIDUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
220	**IFOSFAMIDUM**	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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
254	**IFOSFAMIDUM**	C53	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
267	**IFOSFAMIDUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
268	**IFOSFAMIDUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
269	**IFOSFAMIDUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
270	**IFOSFAMIDUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
271	**IFOSFAMIDUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE 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	TRÓJKĄT 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	**IFOSFAMIDUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
297	**IFOSFAMIDUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
298	**IFOSFAMIDUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
299	**IFOSFAMIDUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
300	**IFOSFAMIDUM**	C67.7	MOCZOWNIK
301	**IFOSFAMIDUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
302	**IFOSFAMIDUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
303	**IFOSFAMIDUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
304	**IFOSFAMIDUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
305	**IFOSFAMIDUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
306	**IFOSFAMIDUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
307	**IFOSFAMIDUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
308	**IFOSFAMIDUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
309	**IFOSFAMIDUM**	C69.0	SPOJÓWKA
310	**IFOSFAMIDUM**	C69.1	ROGÓWKA
311	**IFOSFAMIDUM**	C69.2	SIATKÓWKA
312	**IFOSFAMIDUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
313	**IFOSFAMIDUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
314	**IFOSFAMIDUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
315	**IFOSFAMIDUM**	C69.6	OCZODÓŁ
316	**IFOSFAMIDUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
317	**IFOSFAMIDUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
318	**IFOSFAMIDUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
319	**IFOSFAMIDUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
320	**IFOSFAMIDUM**	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	MÓZG Z 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	MÓŻDŻEK
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	KŁĘBEK SZYJNY
353	**IFOSFAMIDUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
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 WNĘTRZA 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 PACHWINY

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 ODDECHOWEGI 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 ODBYTNICY
381	**IFOSFAMIDUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
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 PĘCHERZA 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 WALDENSTRÖMA
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, KRWIOTWÓTRCZEJ 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, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE

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	PRZEŁYK
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 ŻÓŁCIOWE 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 DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
577	**IFOSFAMIDUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
578	**IFOSFAMIDUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE 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	PĘCHERZ 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 PRZYZWOJOWE
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, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
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 KLATKI 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	OPŁUCNA
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	PĘCHERZ 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	SZYSZYNKA
715	**IFOSFAMIDUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
716	**IFOSFAMIDUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
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, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
721	**IFOSFAMIDUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO 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 (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
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 CZYNNEJ 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	UCHYŁEK 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 CZYNNEJ 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 KAPOSI' EGO, 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 PĘCHERZA MOCZOWEGO
111.	**IRINOTECANUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
112.	**IRINOTECANUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
113.	**IRINOTECANUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
114.	**IRINOTECANUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
115.	**IRINOTECANUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
116.	**IRINOTECANUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
117.	**IRINOTECANUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
118.	**IRINOTECANUM**	C67.7	MOCZOWNIK
119.	**IRINOTECANUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
120.	**IRINOTECANUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
121.	**IRINOTECANUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
122.	**IRINOTECANUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
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	MÓŻDŻEK
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	DOLNA 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.	**LANREOTIDUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
24.	**LANREOTIDUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
25.	**LANREOTIDUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
26.	**LANREOTIDUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
27.	**LANREOTIDUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
28.	**LANREOTIDUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
29.	**LANREOTIDUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
30.	**LANREOTIDUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
31.	**LANREOTIDUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
32.	**LANREOTIDUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
33.	**LANREOTIDUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
34.	**LANREOTIDUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
35.	**LANREOTIDUM**	C18.7	ESICA
36.	**LANREOTIDUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
37.	**LANREOTIDUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
38.	**LANREOTIDUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
39.	**LANREOTIDUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
40.	**LANREOTIDUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
41.	**LANREOTIDUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
42.	**LANREOTIDUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
43.	**LANREOTIDUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
44.	**LANREOTIDUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
45.	**LANREOTIDUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
46.	**LANREOTIDUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
47.	**LANREOTIDUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
48.	**LANREOTIDUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
49.	**LANREOTIDUM**	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
50.	**LANREOTIDUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
51.	**LANREOTIDUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
52.	**LANREOTIDUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
53.	**LANREOTIDUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
54.	**LANREOTIDUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
55.	**LANREOTIDUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
56.	**LANREOTIDUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
57.	**LANREOTIDUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
58.	**LANREOTIDUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
59.	**LANREOTIDUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
60.	**LANREOTIDUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
61.	**LANREOTIDUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
62.	**LANREOTIDUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
63.	**LANREOTIDUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
64.	**LANREOTIDUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
65.	**LANREOTIDUM**	C75.3	SZYSZYNKA
66.	**LANREOTIDUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
67.	**LANREOTIDUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
68.	**LANREOTIDUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
69.	**LANREOTIDUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
70.	**LANREOTIDUM**	E34.0	ZESPÓŁ RAKOWIAKA
71.	**LANREOTIDUM**	E34.1	INNE NADMIERNE WYDZIELANIE HORMONÓW POCHODZENIA JELITOWEGO
72.	**LANREOTIDUM**	E34.2	EKTOPOWE WYDZIELANIE HORMONÓW, GDZIE INDZIEJ NIESKLASYFIKOWANE
73.	**LANREOTIDUM**	E34.8	INNE OKREŚLONE ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE *z wyłączeniem zaburzeń czynności szyszynki i progerii*

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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA w przypadku: guzów neuroendokrynnych 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 (SZCZELINOWATYCH = 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 (NARZADOWE) 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	ZMNIEJSZENIE 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 WALDENSTRÖMA
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 PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
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, KRWIOTWÓTRCZEJ 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 BLASTÓW
94.	**MERCAPTOPURINUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW 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 (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
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.	**METHOTREXATUM**	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	**METHOTREXATUM**	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	**METHOTREXATUM**	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	**METHOTREXATUM**	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	**METHOTREXATUM**	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	**METHOTREXATUM**	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	**METHOTREXATUM**	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	**METHOTREXATUM**	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	**METHOTREXATUM**	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	**METHOTREXATUM**	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	**METHOTREXATUM**	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	**METHOTREXATUM**	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	**METHOTREXATUM**	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	**METHOTREXATUM**	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	**METHOTREXATUM**	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	**METHOTREXATUM**	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	**METHOTREXATUM**	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	**METHOTREXATUM**	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	**METHOTREXATUM**	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20.	**METHOTREXATUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21.	**METHOTREXATUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22.	**METHOTREXATUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23.	**METHOTREXATUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24.	**METHOTREXATUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	**METHOTREXATUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	**METHOTREXATUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	**METHOTREXATUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	**METHOTREXATUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	**METHOTREXATUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	**METHOTREXATUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	**METHOTREXATUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	**METHOTREXATUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33.	**METHOTREXATUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	**METHOTREXATUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	**METHOTREXATUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	**METHOTREXATUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	**METHOTREXATUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	**METHOTREXATUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	**METHOTREXATUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	**METHOTREXATUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	**METHOTREXATUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	**METHOTREXATUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	**METHOTREXATUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	**METHOTREXATUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	**METHOTREXATUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46.	**METHOTREXATUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	**METHOTREXATUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	**METHOTREXATUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	**METHOTREXATUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	**METHOTREXATUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	**METHOTREXATUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	**METHOTREXATUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	**METHOTREXATUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	**METHOTREXATUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	**METHOTREXATUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	**METHOTREXATUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	**METHOTREXATUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58.	**METHOTREXATUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	**METHOTREXATUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	**METHOTREXATUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	**METHOTREXATUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	**METHOTREXATUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	**METHOTREXATUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	**METHOTREXATUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	**METHOTREXATUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (PATRZ)
66.	**METHOTREXATUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	**METHOTREXATUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYŁKA GRUSZKOWATEGO
68.	**METHOTREXATUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	**METHOTREXATUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	**METHOTREXATUM**	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.	**METHOTREXATUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	**METHOTREXATUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	**METHOTREXATUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	**METHOTREXATUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	**METHOTREXATUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
76.	**METHOTREXATUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
77.	**METHOTREXATUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
78.	**METHOTREXATUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
79.	**METHOTREXATUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
80.	**METHOTREXATUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
81.	**METHOTREXATUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
82.	**METHOTREXATUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
83.	**METHOTREXATUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
84.	**METHOTREXATUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
85.	**METHOTREXATUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
86.	**METHOTREXATUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
87.	**METHOTREXATUM**	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
88.	**METHOTREXATUM**	C32.0	GŁOŚNIA
89.	**METHOTREXATUM**	C32.1	NAGŁOŚNIA
90.	**METHOTREXATUM**	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
91.	**METHOTREXATUM**	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
92.	**METHOTREXATUM**	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
93.	**METHOTREXATUM**	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
94.	**METHOTREXATUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
95.	**METHOTREXATUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
96.	**METHOTREXATUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
97.	**METHOTREXATUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
98.	**METHOTREXATUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
99.	**METHOTREXATUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
100.	**METHOTREXATUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
101.	**METHOTREXATUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
102.	**METHOTREXATUM**	C38.0	SERCE
103.	**METHOTREXATUM**	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
104.	**METHOTREXATUM**	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
105.	**METHOTREXATUM**	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
106.	**METHOTREXATUM**	C38.4	OPŁUCNA
107.	**METHOTREXATUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
108.	**METHOTREXATUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
109.	**METHOTREXATUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
110.	**METHOTREXATUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
111.	**METHOTREXATUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
112.	**METHOTREXATUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
113.	**METHOTREXATUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
114.	**METHOTREXATUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
115.	**METHOTREXATUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
116.	**METHOTREXATUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
117.	**METHOTREXATUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
118.	**METHOTREXATUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
119.	**METHOTREXATUM**	C41	NOWOTWÓR 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.	**METHOTREXATUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
121.	**METHOTREXATUM**	C41.1	ŻUCHWA
122.	**METHOTREXATUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
123.	**METHOTREXATUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
124.	**METHOTREXATUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
125.	**METHOTREXATUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
126.	**METHOTREXATUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
127.	**METHOTREXATUM**	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
128.	**METHOTREXATUM**	C44.0	SKÓRA WARGI
129.	**METHOTREXATUM**	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
130.	**METHOTREXATUM**	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
131.	**METHOTREXATUM**	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
132.	**METHOTREXATUM**	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
133.	**METHOTREXATUM**	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
134.	**METHOTREXATUM**	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
135.	**METHOTREXATUM**	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
136.	**METHOTREXATUM**	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
137.	**METHOTREXATUM**	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
138.	**METHOTREXATUM**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
139.	**METHOTREXATUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
140.	**METHOTREXATUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
141.	**METHOTREXATUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
142.	**METHOTREXATUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
143.	**METHOTREXATUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
144.	**METHOTREXATUM**	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.	**METHOTREXATUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
146.	**METHOTREXATUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
147.	**METHOTREXATUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
148.	**METHOTREXATUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
149.	**METHOTREXATUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
150.	**METHOTREXATUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
151.	**METHOTREXATUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
152.	**METHOTREXATUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
153.	**METHOTREXATUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
154.	**METHOTREXATUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
155.	**METHOTREXATUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
156.	**METHOTREXATUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
157.	**METHOTREXATUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
158.	**METHOTREXATUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
159.	**METHOTREXATUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
160.	**METHOTREXATUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
161.	**METHOTREXATUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
162.	**METHOTREXATUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
163.	**METHOTREXATUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
164.	**METHOTREXATUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
165.	**METHOTREXATUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
166.	**METHOTREXATUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
167.	**METHOTREXATUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
168.	**METHOTREXATUM**	C57.3	PRZYMACICZA
169.	**METHOTREXATUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
170.	**METHOTREXATUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
171.	**METHOTREXATUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
172.	**METHOTREXATUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
173.	**METHOTREXATUM**	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
174.	**METHOTREXATUM**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
175.	**METHOTREXATUM**	C60.0	NAPLETEK
176.	**METHOTREXATUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
177.	**METHOTREXATUM**	C60.2	TRZON PRĄCIA
178.	**METHOTREXATUM**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
179.	**METHOTREXATUM**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
180.	**METHOTREXATUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
181.	**METHOTREXATUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
182.	**METHOTREXATUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
183.	**METHOTREXATUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
184.	**METHOTREXATUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
185.	**METHOTREXATUM**	C63.0	NAJĄDRZE
186.	**METHOTREXATUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
187.	**METHOTREXATUM**	C63.2	MOSZNA
188.	**METHOTREXATUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
189.	**METHOTREXATUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
190.	**METHOTREXATUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
191.	**METHOTREXATUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
192.	**METHOTREXATUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
193.	**METHOTREXATUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
194.	**METHOTREXATUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
195.	**METHOTREXATUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
196.	**METHOTREXATUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
197.	**METHOTREXATUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
198.	**METHOTREXATUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
199.	**METHOTREXATUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
200.	**METHOTREXATUM**	C67.7	MOCZOWNIK
201.	**METHOTREXATUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
202.	**METHOTREXATUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
203.	**METHOTREXATUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
204.	**METHOTREXATUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
205.	**METHOTREXATUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
206.	**METHOTREXATUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
207.	**METHOTREXATUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
208.	**METHOTREXATUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
209.	**METHOTREXATUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
210.	**METHOTREXATUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
211.	**METHOTREXATUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
212.	**METHOTREXATUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
213.	**METHOTREXATUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
214.	**METHOTREXATUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
215.	**METHOTREXATUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
216.	**METHOTREXATUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
217.	**METHOTREXATUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
218.	**METHOTREXATUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
219.	**METHOTREXATUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
220.	**METHOTREXATUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
221.	**METHOTREXATUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
222.	**METHOTREXATUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
223.	**METHOTREXATUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
224.	**METHOTREXATUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
225.	**METHOTREXATUM**	C76.2	BRZUCH
226.	**METHOTREXATUM**	C76.3	MIEDNICA
227.	**METHOTREXATUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
228.	**METHOTREXATUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
229.	**METHOTREXATUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
230.	**METHOTREXATUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
231.	**METHOTREXATUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
232.	**METHOTREXATUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
233.	**METHOTREXATUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
234.	**METHOTREXATUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
235.	**METHOTREXATUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
236.	**METHOTREXATUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
237.	**METHOTREXATUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
238.	**METHOTREXATUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
239.	**METHOTREXATUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
240.	**METHOTREXATUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
241.	**METHOTREXATUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
242.	**METHOTREXATUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
243.	**METHOTREXATUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
244.	**METHOTREXATUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
245.	**METHOTREXATUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
246.	**METHOTREXATUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
247.	**METHOTREXATUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
248.	**METHOTREXATUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
249.	**METHOTREXATUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
250.	**METHOTREXATUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
251.	**METHOTREXATUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
252.	**METHOTREXATUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
253.	**METHOTREXATUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
254.	**METHOTREXATUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
255.	**METHOTREXATUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
256.	**METHOTREXATUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
257.	**METHOTREXATUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
258.	**METHOTREXATUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
259.	**METHOTREXATUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
260.	**METHOTREXATUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
261.	**METHOTREXATUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
262.	**METHOTREXATUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
263.	**METHOTREXATUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
264.	**METHOTREXATUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
265.	**METHOTREXATUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
266.	**METHOTREXATUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
267.	**METHOTREXATUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
268.	**METHOTREXATUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
269.	**METHOTREXATUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
270.	**METHOTREXATUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
271.	**METHOTREXATUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
272.	**METHOTREXATUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
273.	**METHOTREXATUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
274.	**METHOTREXATUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
275.	**METHOTREXATUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
276.	**METHOTREXATUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
277.	**METHOTREXATUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
278.	**METHOTREXATUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
279.	**METHOTREXATUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
280.	**METHOTREXATUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
281.	**METHOTREXATUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
282.	**METHOTREXATUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
283.	**METHOTREXATUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
284.	**METHOTREXATUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
285.	**METHOTREXATUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
286.	**METHOTREXATUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
287.	**METHOTREXATUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
288.	**METHOTREXATUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
289.	**METHOTREXATUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
290.	**METHOTREXATUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
291.	**METHOTREXATUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
292.	**METHOTREXATUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
293.	**METHOTREXATUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
294.	**METHOTREXATUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
295.	**METHOTREXATUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
296.	**METHOTREXATUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
297.	**METHOTREXATUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
298.	**METHOTREXATUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
299.	**METHOTREXATUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
300.	**METHOTREXATUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
301.	**METHOTREXATUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
302.	**METHOTREXATUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
303.	**METHOTREXATUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
304.	**METHOTREXATUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
305.	**METHOTREXATUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
306.	**METHOTREXATUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
307.	**METHOTREXATUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
308.	**METHOTREXATUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
309.	**METHOTREXATUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
310.	**METHOTREXATUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
311.	**METHOTREXATUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
312.	**METHOTREXATUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
313.	**METHOTREXATUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
314.	**METHOTREXATUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
315.	**METHOTREXATUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
316.	**METHOTREXATUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
317.	**METHOTREXATUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
318.	**METHOTREXATUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
319.	**METHOTREXATUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
320.	**METHOTREXATUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
321.	**METHOTREXATUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
322.	**METHOTREXATUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
323.	**METHOTREXATUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
324.	**METHOTREXATUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
325.	**METHOTREXATUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
326.	**METHOTREXATUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
327.	**METHOTREXATUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
328.	**METHOTREXATUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
329.	**METHOTREXATUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
330.	**METHOTREXATUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
331.	**METHOTREXATUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
332.	**METHOTREXATUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
333.	**METHOTREXATUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
334.	**METHOTREXATUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
335.	**METHOTREXATUM**	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
336.	**METHOTREXATUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
337.	**METHOTREXATUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
338.	**METHOTREXATUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
339.	**METHOTREXATUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
340.	**METHOTREXATUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
341.	**METHOTREXATUM**	D38.3	ŚRÓDPIERSIE
342.	**METHOTREXATUM**	D38.4	GRASICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
343.	**METHOTREXATUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
344.	**METHOTREXATUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
345.	**METHOTREXATUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
346.	**METHOTREXATUM**	D39.0	MACICA
347.	**METHOTREXATUM**	D39.1	JAJNIK
348.	**METHOTREXATUM**	D39.2	CIĄŻOWA CHOROBA TROFOBLASTYCZNA
349.	**METHOTREXATUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
350.	**METHOTREXATUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
351.	**METHOTREXATUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
352.	**METHOTREXATUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
353.	**METHOTREXATUM**	D40.1	JĄDRO
354.	**METHOTREXATUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
355.	**METHOTREXATUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
356.	**METHOTREXATUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
357.	**METHOTREXATUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
358.	**METHOTREXATUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
359.	**METHOTREXATUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
360.	**METHOTREXATUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
361.	**METHOTREXATUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
362.	**METHOTREXATUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
363.	**METHOTREXATUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
364.	**METHOTREXATUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
365.	**METHOTREXATUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
366.	**METHOTREXATUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
367.	**METHOTREXATUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
368.	**METHOTREXATUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
369.	**METHOTREXATUM**	D44.5	SZYSZYNKA
370.	**METHOTREXATUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
371.	**METHOTREXATUM**	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
372.	**METHOTREXATUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
373.	**METHOTREXATUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
374.	**METHOTREXATUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
375.	**METHOTREXATUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
376.	**METHOTREXATUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
377.	**METHOTREXATUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
378.	**METHOTREXATUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
379.	**METHOTREXATUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
380.	**METHOTREXATUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
381.	**METHOTREXATUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
382.	**METHOTREXATUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
383.	**METHOTREXATUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
384.	**METHOTREXATUM**	D48.4	OTRZEWNA
385.	**METHOTREXATUM**	D48.5	SKÓRA
386.	**METHOTREXATUM**	D48.6	SUTEK
387.	**METHOTREXATUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
388.	**METHOTREXATUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
389.	**METHOTREXATUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
390.	**METHOTREXATUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
391.	**METHOTREXATUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
392.	**METHOTREXATUM**	O01	ZAŚNIAD GRONIASTY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
393.	**METHOTREXATUM**	O01.0	KLASYCZNY ZAŚNIAD GRONIASTY
394.	**METHOTREXATUM**	O01.1	NIEZUPEŁNY LUB CZĘŚCIOWY ZAŚNIAD GRONIASTY
395.	**METHOTREXATUM**	O01.9	ZAŚNIAD GRONIASTY NIEOKREŚLONY
396.	**METHOTREXATUM**	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
397.	**METHOTREXATUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
398.	**METHOTREXATUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
399.	**METHOTREXATUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
400.	**METHOTREXATUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
401.	**METHOTREXATUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
402.	**METHOTREXATUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
403.	**METHOTREXATUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.43.

MITOTANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**MITOTANUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
2.	**MITOTANUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
3.	**MITOTANUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
4.	**MITOTANUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
5.	**MITOTANUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
6.	**MITOTANUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
7.	**MITOTANUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
8.	**MITOTANUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
9.	**MITOTANUM**	C75.3	SZYSZYNKA
10.	**MITOTANUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
11.	**MITOTANUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
12.	**MITOTANUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
13.	**MITOTANUM**	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	UCHYŁEK 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 WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
37.	**OCTREOTIDUM**	C25.7	INNA CZĘŚC 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 PRZYZWOJOWE
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 OKRESLONE ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE *z wyłączeniem zaburzeń czynności szyszynki i progerii*
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	UCHYŁEK 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.	**OXALIPLATINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
22.	**OXALIPLATINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
23.	**OXALIPLATINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
24.	**OXALIPLATINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
25.	**OXALIPLATINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
26.	**OXALIPLATINUM**	C18.7	ESICA
27.	**OXALIPLATINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
28.	**OXALIPLATINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
29.	**OXALIPLATINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
30.	**OXALIPLATINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
31.	**OXALIPLATINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
32.	**OXALIPLATINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
33.	**OXALIPLATINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
34.	**OXALIPLATINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
35.	**OXALIPLATINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
36.	**OXALIPLATINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
37.	**OXALIPLATINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
38.	**OXALIPLATINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
39.	**OXALIPLATINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
40.	**OXALIPLATINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
41.	**OXALIPLATINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
42.	**OXALIPLATINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
43.	**OXALIPLATINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
44.	**OXALIPLATINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
45.	**OXALIPLATINUM**	C62	NOWOTWÓR 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.

OXALIPLATINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**OXALIPLATINUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
2.	**OXALIPLATINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
3.	**OXALIPLATINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
4.	**OXALIPLATINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
5.	**OXALIPLATINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
6.	**OXALIPLATINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
7.	**OXALIPLATINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
8.	**OXALIPLATINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
9.	**OXALIPLATINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
10.	**OXALIPLATINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
11.	**OXALIPLATINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
12.	**OXALIPLATINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
13.	**OXALIPLATINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
14.	**OXALIPLATINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
15.	**OXALIPLATINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
16.	**OXALIPLATINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
17.	**OXALIPLATINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
18.	**OXALIPLATINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
19.	**OXALIPLATINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
20.	**OXALIPLATINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
21.	**OXALIPLATINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
22.	**OXALIPLATINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
23.	**OXALIPLATINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
24.	**OXALIPLATINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
25.	**OXALIPLATINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
26.	**OXALIPLATINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
27.	**OXALIPLATINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
28.	**OXALIPLATINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
29.	**OXALIPLATINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
30.	**OXALIPLATINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
31.	**OXALIPLATINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
32.	**OXALIPLATINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
33.	**OXALIPLATINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
34.	**OXALIPLATINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
35.	**OXALIPLATINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
36.	**OXALIPLATINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
37.	**OXALIPLATINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
38.	**OXALIPLATINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
39.	**OXALIPLATINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
40.	**OXALIPLATINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
41.	**OXALIPLATINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
42.	**OXALIPLATINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
43.	**OXALIPLATINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
44.	**OXALIPLATINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
45.	**OXALIPLATINUM**	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 DZIĄSŁA
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 *w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia*
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 KAPOSI' 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 *w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia*
34.	**PACLITAXEL**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
35.	**PACLITAXEL**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA 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 *w przypadku leczenia pacjentów dorosłych z rozpoznaniem:* *1) gruczolakoraka płuca lub* *2) wielkokomórkowego raka płuca, lub* *3) niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą wymienionych typów histologicznych*
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.	**TAMOXIFENUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
2.	**TAMOXIFENUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
3.	**TAMOXIFENUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
4.	**TAMOXIFENUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
5.	**TAMOXIFENUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
6.	**TAMOXIFENUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
7.	**TAMOXIFENUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
8.	**TAMOXIFENUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
9.	**TAMOXIFENUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
10.	**TAMOXIFENUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
11.	**TAMOXIFENUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
12.	**TAMOXIFENUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
13.	**TAMOXIFENUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
14.	**TAMOXIFENUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
15.	**TAMOXIFENUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
16.	**TAMOXIFENUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
17.	**TAMOXIFENUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
18.	**TAMOXIFENUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	**TAMOXIFENUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
20.	**TAMOXIFENUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
21.	**TAMOXIFENUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
22.	**TAMOXIFENUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
23.	**TAMOXIFENUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
24.	**TAMOXIFENUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
25.	**TAMOXIFENUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
26.	**TAMOXIFENUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
27.	**TAMOXIFENUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
28.	**TAMOXIFENUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
29.	**TAMOXIFENUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
30.	**TAMOXIFENUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
31.	**TAMOXIFENUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
32.	**TAMOXIFENUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
33.	**TAMOXIFENUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
34.	**TAMOXIFENUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
35.	**TAMOXIFENUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
36.	**TAMOXIFENUM**	C54.3	DNO MACICY
37.	**TAMOXIFENUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
38.	**TAMOXIFENUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
39.	**TAMOXIFENUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
40.	**TAMOXIFENUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
41.	**TAMOXIFENUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
42.	**TAMOXIFENUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	**TAMOXIFENUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
44.	**TAMOXIFENUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
45.	**TAMOXIFENUM**	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
46.	**TAMOXIFENUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
47.	**TAMOXIFENUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
48.	**TAMOXIFENUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
49.	**TAMOXIFENUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
50.	**TAMOXIFENUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
51.	**TAMOXIFENUM**	Q85.0	NERWIAKOWŁÓKNIAKOWATOŚĆ NIEZŁOŚLIWA
52.	**TAMOXIFENUM**	Q85.1	STWARDNIENIE GUZOWATE
53.	**TAMOXIFENUM**	Q85.8	INNE FAKOMATOZY NIE SKLASYFIKOWANE GDZIE INDZIEJ
54.	**TAMOXIFENUM**	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.	**TIOGUANINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
20.	**TIOGUANINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
21.	**TIOGUANINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
22.	**TIOGUANINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
23.	**TIOGUANINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
24.	**TIOGUANINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
25.	**TIOGUANINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
26.	**TIOGUANINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
27.	**TIOGUANINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
28.	**TIOGUANINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
29.	**TIOGUANINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
30.	**TIOGUANINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
31.	**TIOGUANINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
32.	**TIOGUANINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
33.	**TIOGUANINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
34.	**TIOGUANINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
35.	**TIOGUANINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
36.	**TIOGUANINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
37.	**TIOGUANINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
38.	**TIOGUANINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
39.	**TIOGUANINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
40.	**TIOGUANINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
41.	**TIOGUANINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
42.	**TIOGUANINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	**TIOGUANINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
44.	**TIOGUANINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
45.	**TIOGUANINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
46.	**TIOGUANINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
47.	**TIOGUANINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
48.	**TIOGUANINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
49.	**TIOGUANINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
50.	**TIOGUANINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
51.	**TIOGUANINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
52.	**TIOGUANINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
53.	**TIOGUANINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
54.	**TIOGUANINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
55.	**TIOGUANINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
56.	**TIOGUANINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
57.	**TIOGUANINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
58.	**TIOGUANINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
59.	**TIOGUANINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
60.	**TIOGUANINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
61.	**TIOGUANINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
62.	**TIOGUANINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
63.	**TIOGUANINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
64.	**TIOGUANINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
65.	**TIOGUANINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
66.	**TIOGUANINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67.	**TIOGUANINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
68.	**TIOGUANINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
69.	**TIOGUANINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
70.	**TIOGUANINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
71.	**TIOGUANINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
72.	**TIOGUANINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
73.	**TIOGUANINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
74.	**TIOGUANINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
75.	**TIOGUANINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
76.	**TIOGUANINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
77.	**TIOGUANINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
78.	**TIOGUANINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
79.	**TIOGUANINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
80.	**TIOGUANINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
81.	**TIOGUANINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
82.	**TIOGUANINUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW

Załącznik C.57.1.

TOPOTECANUM p.o.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**TOPOTECANUM doustnie**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
2.	**TOPOTECANUM doustnie**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
3.	**TOPOTECANUM doustnie**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
4.	**TOPOTECANUM doustnie**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
5.	**TOPOTECANUM doustnie**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
6.	**TOPOTECANUM doustnie**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
7.	**TOPOTECANUM doustnie**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
8.	**TOPOTECANUM doustnie**	C56	NOWOTWÓR ZŁOSLIWY JAJNIKA

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 OPŁUCNEJ
9.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C38.0	SERCE
10.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C38.1	ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE
11.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C38.2	ŚRÓDPIERSIE TYLNE
12.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C38.3	ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
13.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C38.4	OPŁUCNA
14.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
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.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
21.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
22.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
23.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
24.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
25.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
26.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
27.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
28.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
29.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
30.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
31.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
32.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
33.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
34.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
35.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
36.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
37.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
38.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
39.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
40.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
41.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
42.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
43.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
44.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
45.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
46.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
47.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
48.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C74.0	KORA NADNERCZY
49.	**TOPOTECANUM wstrzyknięcie**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
50.	**TOPOTECANUM 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.	**VINCRISTINUM**	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIĄSŁA
21.	**VINCRISTINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22.	**VINCRISTINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE
23.	**VINCRISTINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, NIEOKREŚLONE
24.	**VINCRISTINUM**	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	**VINCRISTINUM**	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	**VINCRISTINUM**	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	**VINCRISTINUM**	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	**VINCRISTINUM**	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	**VINCRISTINUM**	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	**VINCRISTINUM**	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	**VINCRISTINUM**	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	**VINCRISTINUM**	C05.2	JĘZYCZEK
33.	**VINCRISTINUM**	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	**VINCRISTINUM**	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	**VINCRISTINUM**	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	**VINCRISTINUM**	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	**VINCRISTINUM**	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	**VINCRISTINUM**	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	**VINCRISTINUM**	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	**VINCRISTINUM**	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	**VINCRISTINUM**	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	**VINCRISTINUM**	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	**VINCRISTINUM**	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	**VINCRISTINUM**	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	**VINCRISTINUM**	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	**VINCRISTINUM**	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	**VINCRISTINUM**	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	**VINCRISTINUM**	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	**VINCRISTINUM**	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	**VINCRISTINUM**	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	**VINCRISTINUM**	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	**VINCRISTINUM**	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	**VINCRISTINUM**	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	**VINCRISTINUM**	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	**VINCRISTINUM**	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	**VINCRISTINUM**	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	**VINCRISTINUM**	C10.4	SZCZELINA SKRZELOWA
58.	**VINCRISTINUM**	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	**VINCRISTINUM**	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	**VINCRISTINUM**	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	**VINCRISTINUM**	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	**VINCRISTINUM**	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	**VINCRISTINUM**	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	**VINCRISTINUM**	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	**VINCRISTINUM**	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	**VINCRISTINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67.	**VINCRISTINUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU GRUSZKOWATEGO
68.	**VINCRISTINUM**	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	**VINCRISTINUM**	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	**VINCRISTINUM**	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	**VINCRISTINUM**	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	**VINCRISTINUM**	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	**VINCRISTINUM**	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	**VINCRISTINUM**	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	**VINCRISTINUM**	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76.	**VINCRISTINUM**	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	**VINCRISTINUM**	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	**VINCRISTINUM**	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79.	**VINCRISTINUM**	C16.0	WPUST
80.	**VINCRISTINUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81.	**VINCRISTINUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82.	**VINCRISTINUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83.	**VINCRISTINUM**	C16.4	ODŹWIERNIK
84.	**VINCRISTINUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85.	**VINCRISTINUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86.	**VINCRISTINUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87.	**VINCRISTINUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88.	**VINCRISTINUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89.	**VINCRISTINUM**	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90.	**VINCRISTINUM**	C17.1	JELITO CZCZE
91.	**VINCRISTINUM**	C17.2	JELITO KRĘTE
92.	**VINCRISTINUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA
93.	**VINCRISTINUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94.	**VINCRISTINUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95.	**VINCRISTINUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96.	**VINCRISTINUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE
97.	**VINCRISTINUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98.	**VINCRISTINUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99.	**VINCRISTINUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100.	**VINCRISTINUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101.	**VINCRISTINUM**	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102.	**VINCRISTINUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103.	**VINCRISTINUM**	C18.7	ESICA
104.	**VINCRISTINUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105.	**VINCRISTINUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106.	**VINCRISTINUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107.	**VINCRISTINUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108.	**VINCRISTINUM**	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109.	**VINCRISTINUM**	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110.	**VINCRISTINUM**	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111.	**VINCRISTINUM**	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112.	**VINCRISTINUM**	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113.	**VINCRISTINUM**	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114.	**VINCRISTINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115.	**VINCRISTINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116.	**VINCRISTINUM**	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117.	**VINCRISTINUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118.	**VINCRISTINUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119.	**VINCRISTINUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120.	**VINCRISTINUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121.	**VINCRISTINUM**	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122.	**VINCRISTINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123.	**VINCRISTINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124.	**VINCRISTINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125.	**VINCRISTINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126.	**VINCRISTINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127.	**VINCRISTINUM**	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128.	**VINCRISTINUM**	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129.	**VINCRISTINUM**	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130.	**VINCRISTINUM**	C25.2	OGON TRZUSTKI
131.	**VINCRISTINUM**	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132.	**VINCRISTINUM**	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133.	**VINCRISTINUM**	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134.	**VINCRISTINUM**	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135.	**VINCRISTINUM**	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136.	**VINCRISTINUM**	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.	**VINCRISTINUM**	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138.	**VINCRISTINUM**	C26.1	ŚLEDZIONA
139.	**VINCRISTINUM**	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140.	**VINCRISTINUM**	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIE OKREŚLONA
141.	**VINCRISTINUM**	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142.	**VINCRISTINUM**	C30.0	JAMA NOSOWA
143.	**VINCRISTINUM**	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144.	**VINCRISTINUM**	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145.	**VINCRISTINUM**	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146.	**VINCRISTINUM**	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147.	**VINCRISTINUM**	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148.	**VINCRISTINUM**	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149.	**VINCRISTINUM**	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150.	**VINCRISTINUM**	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151.	**VINCRISTINUM**	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152.	**VINCRISTINUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153.	**VINCRISTINUM**	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154.	**VINCRISTINUM**	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155.	**VINCRISTINUM**	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156.	**VINCRISTINUM**	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
157.	**VINCRISTINUM**	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158.	**VINCRISTINUM**	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159.	**VINCRISTINUM**	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160.	**VINCRISTINUM**	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161.	**VINCRISTINUM**	C38.0	SERCE
162.	**VINCRISTINUM**	C38.1	ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163.	**VINCRISTINUM**	C38.2	ŚRÓDPIERSIE TYLNE
164.	**VINCRISTINUM**	C38.3	ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165.	**VINCRISTINUM**	C38.4	OPŁUCNA
166.	**VINCRISTINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
167.	**VINCRISTINUM**	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168.	**VINCRISTINUM**	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169.	**VINCRISTINUM**	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170.	**VINCRISTINUM**	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171.	**VINCRISTINUM**	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172.	**VINCRISTINUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173.	**VINCRISTINUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174.	**VINCRISTINUM**	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175.	**VINCRISTINUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176.	**VINCRISTINUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177.	**VINCRISTINUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178.	**VINCRISTINUM**	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179.	**VINCRISTINUM**	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180.	**VINCRISTINUM**	C41.1	ŻUCHWA
181.	**VINCRISTINUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182.	**VINCRISTINUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183.	**VINCRISTINUM**	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184.	**VINCRISTINUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185.	**VINCRISTINUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186.	**VINCRISTINUM**	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187.	**VINCRISTINUM**	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188.	**VINCRISTINUM**	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189.	**VINCRISTINUM**	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190.	**VINCRISTINUM**	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191.	**VINCRISTINUM**	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192.	**VINCRISTINUM**	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193.	**VINCRISTINUM**	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194.	**VINCRISTINUM**	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195.	**VINCRISTINUM**	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196.	**VINCRISTINUM**	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197.	**VINCRISTINUM**	C45	MIĘDZYBŁONIAK
198.	**VINCRISTINUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
199.	**VINCRISTINUM**	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
200.	**VINCRISTINUM**	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
201.	**VINCRISTINUM**	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
202.	**VINCRISTINUM**	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
203.	**VINCRISTINUM**	C46	MIĘSAK KAPOSI'EGO
204.	**VINCRISTINUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY
205.	**VINCRISTINUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ
206.	**VINCRISTINUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207.	**VINCRISTINUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
208.	**VINCRISTINUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
209.	**VINCRISTINUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
210.	**VINCRISTINUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
211.	**VINCRISTINUM**	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
212.	**VINCRISTINUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
213.	**VINCRISTINUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
214.	**VINCRISTINUM**	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
215.	**VINCRISTINUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
216.	**VINCRISTINUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
217.	**VINCRISTINUM**	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
218.	**VINCRISTINUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
219.	**VINCRISTINUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
220.	**VINCRISTINUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
221.	**VINCRISTINUM**	C48.	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
222.	**VINCRISTINUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
223.	**VINCRISTINUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
224.	**VINCRISTINUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
225.	**VINCRISTINUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
226.	**VINCRISTINUM**	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
227.	**VINCRISTINUM**	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
228.	**VINCRISTINUM**	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.	**VINCRISTINUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
230.	**VINCRISTINUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
231.	**VINCRISTINUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
232.	**VINCRISTINUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
233.	**VINCRISTINUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
234.	**VINCRISTINUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
235.	**VINCRISTINUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
236.	**VINCRISTINUM**	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
237.	**VINCRISTINUM**	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
238.	**VINCRISTINUM**	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
239.	**VINCRISTINUM**	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
240.	**VINCRISTINUM**	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
241.	**VINCRISTINUM**	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
242.	**VINCRISTINUM**	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
243.	**VINCRISTINUM**	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
244.	**VINCRISTINUM**	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
245.	**VINCRISTINUM**	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
246.	**VINCRISTINUM**	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
247.	**VINCRISTINUM**	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
248.	**VINCRISTINUM**	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
249.	**VINCRISTINUM**	C51.2	ŁECHTACZKA
250.	**VINCRISTINUM**	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
251.	**VINCRISTINUM**	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
252.	**VINCRISTINUM**	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253.	**VINCRISTINUM**	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
254.	**VINCRISTINUM**	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
255.	**VINCRISTINUM**	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
256.	**VINCRISTINUM**	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
257.	**VINCRISTINUM**	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
258.	**VINCRISTINUM**	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
259.	**VINCRISTINUM**	C54.0	CIEŚŃ MACICY
260.	**VINCRISTINUM**	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
261.	**VINCRISTINUM**	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
262.	**VINCRISTINUM**	C54.3	DNO MACICY
263.	**VINCRISTINUM**	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
264.	**VINCRISTINUM**	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
265.	**VINCRISTINUM**	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
266.	**VINCRISTINUM**	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
267.	**VINCRISTINUM**	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
268.	**VINCRISTINUM**	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
269.	**VINCRISTINUM**	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
270.	**VINCRISTINUM**	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
271.	**VINCRISTINUM**	C57.3	PRZYMACICZA
272.	**VINCRISTINUM**	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
273.	**VINCRISTINUM**	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
274.	**VINCRISTINUM**	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
275.	**VINCRISTINUM**	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
276.	**VINCRISTINUM**	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
277.	**VINCRISTINUM**	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
278.	**VINCRISTINUM**	C60.0	NAPLETEK
279.	**VINCRISTINUM**	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
280.	**VINCRISTINUM**	C60.2	TRZON PRĄCIA
281.	**VINCRISTINUM**	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
282.	**VINCRISTINUM**	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
283.	**VINCRISTINUM**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
284.	**VINCRISTINUM**	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
285.	**VINCRISTINUM**	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
286.	**VINCRISTINUM**	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
287.	**VINCRISTINUM**	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
288.	**VINCRISTINUM**	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
289.	**VINCRISTINUM**	C63.0	NAJĄDRZE
290.	**VINCRISTINUM**	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
291.	**VINCRISTINUM**	C63.2	MOSZNA
292.	**VINCRISTINUM**	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
293.	**VINCRISTINUM**	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294.	**VINCRISTINUM**	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295.	**VINCRISTINUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
296.	**VINCRISTINUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
297.	**VINCRISTINUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
298.	**VINCRISTINUM**	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
299.	**VINCRISTINUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
300.	**VINCRISTINUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
301.	**VINCRISTINUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
302.	**VINCRISTINUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
303.	**VINCRISTINUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
304.	**VINCRISTINUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
305.	**VINCRISTINUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
306.	**VINCRISTINUM**	C67.7	MOCZOWNIK
307.	**VINCRISTINUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
308.	**VINCRISTINUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
309.	**VINCRISTINUM**	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
310.	**VINCRISTINUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA
311.	**VINCRISTINUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
312.	**VINCRISTINUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
313.	**VINCRISTINUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
314.	**VINCRISTINUM**	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
315.	**VINCRISTINUM**	C69.0	SPOJÓWKA
316.	**VINCRISTINUM**	C69.1	ROGÓWKA
317.	**VINCRISTINUM**	C69.2	SIATKÓWKA
318.	**VINCRISTINUM**	C69.3	NACZYNIÓWKA
319.	**VINCRISTINUM**	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
320.	**VINCRISTINUM**	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
321.	**VINCRISTINUM**	C69.6	OCZODÓŁ
322.	**VINCRISTINUM**	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
323.	**VINCRISTINUM**	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
324.	**VINCRISTINUM**	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
325.	**VINCRISTINUM**	C70.0	OPONY MÓZGOWE
326.	**VINCRISTINUM**	C70.1	OPONY RDZENIOWE
327.	**VINCRISTINUM**	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
328.	**VINCRISTINUM**	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
329.	**VINCRISTINUM**	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
330.	**VINCRISTINUM**	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
331.	**VINCRISTINUM**	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
332.	**VINCRISTINUM**	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
333.	**VINCRISTINUM**	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
334.	**VINCRISTINUM**	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
335.	**VINCRISTINUM**	C71.6	MÓŻDŻEK
336.	**VINCRISTINUM**	C71.7	PIEŃ MÓZGU
337.	**VINCRISTINUM**	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
338.	**VINCRISTINUM**	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
339.	**VINCRISTINUM**	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
340.	**VINCRISTINUM**	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
341.	**VINCRISTINUM**	C72.1	OGON KOŃSKI
342.	**VINCRISTINUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY
343.	**VINCRISTINUM**	C72.3	NERW WZROKOWY
344.	**VINCRISTINUM**	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
345.	**VINCRISTINUM**	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
346.	**VINCRISTINUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
347.	**VINCRISTINUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
348.	**VINCRISTINUM**	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
349.	**VINCRISTINUM**	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
350.	**VINCRISTINUM**	C74.0	KORA NADNERCZY
351.	**VINCRISTINUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
352.	**VINCRISTINUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
353.	**VINCRISTINUM**	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
354.	**VINCRISTINUM**	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
355.	**VINCRISTINUM**	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
356.	**VINCRISTINUM**	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
357.	**VINCRISTINUM**	C75.3	SZYSZYNKA
358.	**VINCRISTINUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
359.	**VINCRISTINUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
360.	**VINCRISTINUM**	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
361.	**VINCRISTINUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
362.	**VINCRISTINUM**	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
363.	**VINCRISTINUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
364.	**VINCRISTINUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
365.	**VINCRISTINUM**	C76.2	BRZUCH
366.	**VINCRISTINUM**	C76.3	MIEDNICA
367.	**VINCRISTINUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
368.	**VINCRISTINUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
369.	**VINCRISTINUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
370.	**VINCRISTINUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
371.	**VINCRISTINUM**	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
372.	**VINCRISTINUM**	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
373.	**VINCRISTINUM**	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
374.	**VINCRISTINUM**	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
375.	**VINCRISTINUM**	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
376.	**VINCRISTINUM**	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
377.	**VINCRISTINUM**	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
378.	**VINCRISTINUM**	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
379.	**VINCRISTINUM**	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
380.	**VINCRISTINUM**	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGI I TRAWIENNEGO
381.	**VINCRISTINUM**	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
382.	**VINCRISTINUM**	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
383.	**VINCRISTINUM**	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
384.	**VINCRISTINUM**	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
385.	**VINCRISTINUM**	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
386.	**VINCRISTINUM**	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
387.	**VINCRISTINUM**	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
388.	**VINCRISTINUM**	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
389.	**VINCRISTINUM**	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
390.	**VINCRISTINUM**	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
391.	**VINCRISTINUM**	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
392.	**VINCRISTINUM**	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
393.	**VINCRISTINUM**	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
394.	**VINCRISTINUM**	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
395.	**VINCRISTINUM**	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
396.	**VINCRISTINUM**	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
397.	**VINCRISTINUM**	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
398.	**VINCRISTINUM**	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
399.	**VINCRISTINUM**	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
400.	**VINCRISTINUM**	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
401.	**VINCRISTINUM**	C81	CHOROBA HODGKINA
402.	**VINCRISTINUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
403.	**VINCRISTINUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
404.	**VINCRISTINUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
405.	**VINCRISTINUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
406.	**VINCRISTINUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
407.	**VINCRISTINUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
408.	**VINCRISTINUM**	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
409.	**VINCRISTINUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
410.	**VINCRISTINUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
411.	**VINCRISTINUM**	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
412.	**VINCRISTINUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
413.	**VINCRISTINUM**	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
414.	**VINCRISTINUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
415.	**VINCRISTINUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
416.	**VINCRISTINUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
417.	**VINCRISTINUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
418.	**VINCRISTINUM**	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
419.	**VINCRISTINUM**	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
420.	**VINCRISTINUM**	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
421.	**VINCRISTINUM**	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
422.	**VINCRISTINUM**	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
423.	**VINCRISTINUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
424.	**VINCRISTINUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
425.	**VINCRISTINUM**	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
426.	**VINCRISTINUM**	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
427.	**VINCRISTINUM**	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
428.	**VINCRISTINUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
429.	**VINCRISTINUM**	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
430.	**VINCRISTINUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
431.	**VINCRISTINUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
432.	**VINCRISTINUM**	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
433.	**VINCRISTINUM**	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
434.	**VINCRISTINUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
435.	**VINCRISTINUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
436.	**VINCRISTINUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
437.	**VINCRISTINUM**	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
438.	**VINCRISTINUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
439.	**VINCRISTINUM**	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
440.	**VINCRISTINUM**	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
441.	**VINCRISTINUM**	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
442.	**VINCRISTINUM**	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
443.	**VINCRISTINUM**	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
444.	**VINCRISTINUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
445.	**VINCRISTINUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI
446.	**VINCRISTINUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
447.	**VINCRISTINUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
448.	**VINCRISTINUM**	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
449.	**VINCRISTINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
450.	**VINCRISTINUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
451.	**VINCRISTINUM**	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
452.	**VINCRISTINUM**	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
453.	**VINCRISTINUM**	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
454.	**VINCRISTINUM**	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
455.	**VINCRISTINUM**	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
456.	**VINCRISTINUM**	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
457.	**VINCRISTINUM**	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
458.	**VINCRISTINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459.	**VINCRISTINUM**	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
460.	**VINCRISTINUM**	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
461.	**VINCRISTINUM**	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
462.	**VINCRISTINUM**	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
463.	**VINCRISTINUM**	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
464.	**VINCRISTINUM**	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
465.	**VINCRISTINUM**	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
466.	**VINCRISTINUM**	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
467.	**VINCRISTINUM**	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
468.	**VINCRISTINUM**	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
469.	**VINCRISTINUM**	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
470.	**VINCRISTINUM**	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
471.	**VINCRISTINUM**	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
472.	**VINCRISTINUM**	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
473.	**VINCRISTINUM**	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
474.	**VINCRISTINUM**	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
475.	**VINCRISTINUM**	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
476.	**VINCRISTINUM**	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
477.	**VINCRISTINUM**	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
478.	**VINCRISTINUM**	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
479.	**VINCRISTINUM**	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
480.	**VINCRISTINUM**	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
481.	**VINCRISTINUM**	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
482.	**VINCRISTINUM**	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
483.	**VINCRISTINUM**	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
484.	**VINCRISTINUM**	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
485.	**VINCRISTINUM**	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
486.	**VINCRISTINUM**	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓTRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
487.	**VINCRISTINUM**	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
488.	**VINCRISTINUM**	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
489.	**VINCRISTINUM**	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
490.	**VINCRISTINUM**	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
491.	**VINCRISTINUM**	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
492.	**VINCRISTINUM**	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
493.	**VINCRISTINUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
494.	**VINCRISTINUM**	D00.2	ŻOŁĄDEK
495.	**VINCRISTINUM**	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
496.	**VINCRISTINUM**	D01.0	OKRĘŻNICA
497.	**VINCRISTINUM**	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
498.	**VINCRISTINUM**	D01.2	ODBYTNICA
499.	**VINCRISTINUM**	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
500.	**VINCRISTINUM**	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
501.	**VINCRISTINUM**	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
502.	**VINCRISTINUM**	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
503.	**VINCRISTINUM**	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
504.	**VINCRISTINUM**	D03	CZERNIAK IN SITU
505.	**VINCRISTINUM**	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
506.	**VINCRISTINUM**	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
507.	**VINCRISTINUM**	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
508.	**VINCRISTINUM**	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
509.	**VINCRISTINUM**	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.	**VINCRISTINUM**	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
511.	**VINCRISTINUM**	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
512.	**VINCRISTINUM**	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
513.	**VINCRISTINUM**	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
514.	**VINCRISTINUM**	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
515.	**VINCRISTINUM**	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
516.	**VINCRISTINUM**	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
517.	**VINCRISTINUM**	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
518.	**VINCRISTINUM**	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
519.	**VINCRISTINUM**	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
520.	**VINCRISTINUM**	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
521.	**VINCRISTINUM**	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
522.	**VINCRISTINUM**	D07.1	SROM
523.	**VINCRISTINUM**	D07.2	POCHWA
524.	**VINCRISTINUM**	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
525.	**VINCRISTINUM**	D07.4	PRĄCIE
526.	**VINCRISTINUM**	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
527.	**VINCRISTINUM**	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
528.	**VINCRISTINUM**	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
529.	**VINCRISTINUM**	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
530.	**VINCRISTINUM**	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
531.	**VINCRISTINUM**	D09.2	OKO
532.	**VINCRISTINUM**	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
533.	**VINCRISTINUM**	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
534.	**VINCRISTINUM**	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
535.	**VINCRISTINUM**	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
536.	**VINCRISTINUM**	D10.0	WARGA
537.	**VINCRISTINUM**	D10.1	JĘZYK
538.	**VINCRISTINUM**	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
539.	**VINCRISTINUM**	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
540.	**VINCRISTINUM**	D10.4	MIGDAŁEK
541.	**VINCRISTINUM**	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
542.	**VINCRISTINUM**	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
543.	**VINCRISTINUM**	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
544.	**VINCRISTINUM**	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
545.	**VINCRISTINUM**	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
546.	**VINCRISTINUM**	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
547.	**VINCRISTINUM**	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
548.	**VINCRISTINUM**	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
549.	**VINCRISTINUM**	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY,ODBYTNICY,ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
550.	**VINCRISTINUM**	D12.0	JELITO ŚLEPE
551.	**VINCRISTINUM**	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
552.	**VINCRISTINUM**	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
553.	**VINCRISTINUM**	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
554.	**VINCRISTINUM**	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
555.	**VINCRISTINUM**	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
556.	**VINCRISTINUM**	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
557.	**VINCRISTINUM**	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
558.	**VINCRISTINUM**	D12.8	ODBYTNICA
559.	**VINCRISTINUM**	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
560.	**VINCRISTINUM**	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
561.	**VINCRISTINUM**	D13.0	PRZEŁYK
562.	**VINCRISTINUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
563.	**VINCRISTINUM**	D13.2	DWUNASTNICA
564.	**VINCRISTINUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
565.	**VINCRISTINUM**	D13.4	WĄTROBA
566.	**VINCRISTINUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
567.	**VINCRISTINUM**	D13.6	TRZUSTKA
568.	**VINCRISTINUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
569.	**VINCRISTINUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
570.	**VINCRISTINUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
571.	**VINCRISTINUM**	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
572.	**VINCRISTINUM**	D14.1	KRTAŃ
573.	**VINCRISTINUM**	D14.2	TCHAWICA
574.	**VINCRISTINUM**	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
575.	**VINCRISTINUM**	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
576.	**VINCRISTINUM**	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
577.	**VINCRISTINUM**	D15.0	GRASICA
578.	**VINCRISTINUM**	D15.1	SERCE
579.	**VINCRISTINUM**	D15.2	ŚRÓDPIERSIE
580.	**VINCRISTINUM**	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
581.	**VINCRISTINUM**	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
582.	**VINCRISTINUM**	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
583.	**VINCRISTINUM**	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
584.	**VINCRISTINUM**	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
585.	**VINCRISTINUM**	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
586.	**VINCRISTINUM**	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
587.	**VINCRISTINUM**	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
588.	**VINCRISTINUM**	D16.5	ŻUCHWA
589.	**VINCRISTINUM**	D16.6	KRĘGOSŁUP
590.	**VINCRISTINUM**	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
591.	**VINCRISTINUM**	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
592.	**VINCRISTINUM**	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
593.	**VINCRISTINUM**	D18	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
594.	**VINCRISTINUM**	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
595.	**VINCRISTINUM**	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
596.	**VINCRISTINUM**	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
597.	**VINCRISTINUM**	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
598.	**VINCRISTINUM**	D20.1	OTRZEWNA
599.	**VINCRISTINUM**	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
600.	**VINCRISTINUM**	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
601.	**VINCRISTINUM**	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
602.	**VINCRISTINUM**	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.	**VINCRISTINUM**	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
604.	**VINCRISTINUM**	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
605.	**VINCRISTINUM**	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
606.	**VINCRISTINUM**	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
607.	**VINCRISTINUM**	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
608.	**VINCRISTINUM**	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
609.	**VINCRISTINUM**	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
610.	**VINCRISTINUM**	D28.0	SROM
611.	**VINCRISTINUM**	D28.1	POCHWA
612.	**VINCRISTINUM**	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
613.	**VINCRISTINUM**	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
614.	**VINCRISTINUM**	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
615.	**VINCRISTINUM**	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
616.	**VINCRISTINUM**	D29.0	PRĄCIE
617.	**VINCRISTINUM**	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
618.	**VINCRISTINUM**	D29.2	JĄDRO
619.	**VINCRISTINUM**	D29.3	NAJĄDRZE
620.	**VINCRISTINUM**	D29.4	MOSZNA
621.	**VINCRISTINUM**	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
622.	**VINCRISTINUM**	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
623.	**VINCRISTINUM**	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
624.	**VINCRISTINUM**	D30.0	NERKA
625.	**VINCRISTINUM**	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
626.	**VINCRISTINUM**	D30.2	MOCZOWÓD

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
627.	**VINCRISTINUM**	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
628.	**VINCRISTINUM**	D30.4	CEWKA MOCZOWA
629.	**VINCRISTINUM**	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
630.	**VINCRISTINUM**	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
631.	**VINCRISTINUM**	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
632.	**VINCRISTINUM**	D31.0	SPOJÓWKA
633.	**VINCRISTINUM**	D31.1	ROGÓWKA
634.	**VINCRISTINUM**	D31.2	SIATKÓWKA
635.	**VINCRISTINUM**	D31.3	NACZYNIÓWKA
636.	**VINCRISTINUM**	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
637.	**VINCRISTINUM**	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
638.	**VINCRISTINUM**	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
639.	**VINCRISTINUM**	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
640.	**VINCRISTINUM**	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
641.	**VINCRISTINUM**	D32.0	OPONY MÓZGOWE
642.	**VINCRISTINUM**	D32.1	OPONY RDZENIOWE
643.	**VINCRISTINUM**	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
644.	**VINCRISTINUM**	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
645.	**VINCRISTINUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
646.	**VINCRISTINUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
647.	**VINCRISTINUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
648.	**VINCRISTINUM**	D33.3	NERWY CZASZKOWE
649.	**VINCRISTINUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
650.	**VINCRISTINUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
651.	**VINCRISTINUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
652.	**VINCRISTINUM**	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
653.	**VINCRISTINUM**	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
654.	**VINCRISTINUM**	D35.0	NADNERCZA
655.	**VINCRISTINUM**	D35.1	PRZYTARCZYCE
656.	**VINCRISTINUM**	D35.2	PRZYSADKA
657.	**VINCRISTINUM**	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
658.	**VINCRISTINUM**	D35.4	SZYSZYNKA
659.	**VINCRISTINUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
660.	**VINCRISTINUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
661.	**VINCRISTINUM**	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
662.	**VINCRISTINUM**	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
663.	**VINCRISTINUM**	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
664.	**VINCRISTINUM**	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
665.	**VINCRISTINUM**	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
666.	**VINCRISTINUM**	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
667.	**VINCRISTINUM**	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
668.	**VINCRISTINUM**	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
669.	**VINCRISTINUM**	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
670.	**VINCRISTINUM**	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
671.	**VINCRISTINUM**	D37.1	ŻOŁĄDEK
672.	**VINCRISTINUM**	D37.2	JELITO CIENKIE
673.	**VINCRISTINUM**	D37.3	JELIO ŚLEPE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
674.	**VINCRISTINUM**	D37.4	OKRĘŻNICA
675.	**VINCRISTINUM**	D37.5	ODBYTNICA
676.	**VINCRISTINUM**	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
677.	**VINCRISTINUM**	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
678.	**VINCRISTINUM**	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
679.	**VINCRISTINUM**	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
680.	**VINCRISTINUM**	D38.0	KRTAŃ
681.	**VINCRISTINUM**	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
682.	**VINCRISTINUM**	D38.2	OPŁUCNA
683.	**VINCRISTINUM**	D38.3	ŚRÓDPIERSIE
684.	**VINCRISTINUM**	D38.4	GRASICA
685.	**VINCRISTINUM**	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
686.	**VINCRISTINUM**	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
687.	**VINCRISTINUM**	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
688.	**VINCRISTINUM**	D39.0	MACICA
689.	**VINCRISTINUM**	D39.1	JAJNIK
690.	**VINCRISTINUM**	D39.2	ŁOŻYSKO
691.	**VINCRISTINUM**	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
692.	**VINCRISTINUM**	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
693.	**VINCRISTINUM**	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
694.	**VINCRISTINUM**	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
695.	**VINCRISTINUM**	D40.1	JĄDRO
696.	**VINCRISTINUM**	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
697.	**VINCRISTINUM**	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
698.	**VINCRISTINUM**	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
699.	**VINCRISTINUM**	D41.0	NERKA
700.	**VINCRISTINUM**	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
701.	**VINCRISTINUM**	D41.2	MOCZOWÓD
702.	**VINCRISTINUM**	D41.3	CEWKA MOCZOWA
703.	**VINCRISTINUM**	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
704.	**VINCRISTINUM**	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
705.	**VINCRISTINUM**	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
706.	**VINCRISTINUM**	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
707.	**VINCRISTINUM**	D42.0	OPONY MÓZGOWE
708.	**VINCRISTINUM**	D42.1	OPONY RDZENIOWE
709.	**VINCRISTINUM**	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
710.	**VINCRISTINUM**	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
711.	**VINCRISTINUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
712.	**VINCRISTINUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
713.	**VINCRISTINUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
714.	**VINCRISTINUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE
715.	**VINCRISTINUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
716.	**VINCRISTINUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
717.	**VINCRISTINUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
718.	**VINCRISTINUM**	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
719.	**VINCRISTINUM**	D44.0	TARCZYCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
720.	**VINCRISTINUM**	D44.1	NADNERCZA
721.	**VINCRISTINUM**	D44.2	PRZYTARCZYCE
722.	**VINCRISTINUM**	D44.3	PRZYSADKA
723.	**VINCRISTINUM**	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
724.	**VINCRISTINUM**	D44.5	SZYSZYNKA
725.	**VINCRISTINUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
726.	**VINCRISTINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
727.	**VINCRISTINUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
728.	**VINCRISTINUM**	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
729.	**VINCRISTINUM**	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
730.	**VINCRISTINUM**	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
731.	**VINCRISTINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
732.	**VINCRISTINUM**	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
733.	**VINCRISTINUM**	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
734.	**VINCRISTINUM**	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
735.	**VINCRISTINUM**	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
736.	**VINCRISTINUM**	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
737.	**VINCRISTINUM**	D48.4	OTRZEWNA
738.	**VINCRISTINUM**	D48.5	SKÓRA
739.	**VINCRISTINUM**	D48.6	SUTEK
740.	**VINCRISTINUM**	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
741.	**VINCRISTINUM**	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
742.	**VINCRISTINUM**	D69.3	SAMOISTNA PLAMICA MAŁOPŁYTKOWA
743.	**VINCRISTINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
744.	**VINCRISTINUM**	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
745.	**VINCRISTINUM**	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTARNY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
746.	**VINCRISTINUM**	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
747.	**VINCRISTINUM**	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
748.	**VINCRISTINUM**	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
749.	**VINCRISTINUM**	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
750.	**VINCRISTINUM**	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
751.	**VINCRISTINUM**	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
752.	**VINCRISTINUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
753.	**VINCRISTINUM**	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 DZIĄSŁA
21.	**VINORELBINUM**	C03.0	DZIĄSŁO GÓRNE
22.	**VINORELBINUM**	C03.1	DZIĄSŁO DOLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
23.	**VINORELBINUM**	C03.9	DZIĄSŁO, 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 CZYNNEJ 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 SKRZELOWA
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 PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	**VINORELBINUM**	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	**VINORELBINUM**	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYŁKU 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	UCHYŁEK 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 CZYNNEJ 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 ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
114.	**VINORELBINUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115.	**VINORELBINUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH 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 PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122.	**VINORELBINUM**	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123.	**VINORELBINUM**	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124.	**VINORELBINUM**	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125.	**VINORELBINUM**	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126.	**VINORELBINUM**	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, 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 WEWNĄTRZWYDZIELNICZA 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 CZYNNEJ 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 OPŁUCNEJ
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	OPŁUCNA
166.	**VINORELBINUM**	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
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 PRZEKRACZAJACE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA 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 CZYNNEJ 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 KAPOSI' EGO
199.	**VINORELBINUM**	C46.0	MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY
200.	**VINORELBINUM**	C46.1	MIĘSAK KAPOSI' EGO TKANKI MIĘKKIEJ
201.	**VINORELBINUM**	C46.2	MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA
202.	**VINORELBINUM**	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
203.	**VINORELBINUM**	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
204.	**VINORELBINUM**	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
205.	**VINORELBINUM**	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' 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 CZYNNEJ 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 CZYNNEJ 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 CZYNNEJ 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 CZYNNEJ 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	MÓŻDŻEK
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	SZYSZYNKA
346.	**VINORELBINUM**	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
347.	**VINORELBINUM**	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
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	KLATKA 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 WNĘTRZA KLATKI 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 ODDECHOWEGI 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, KRWIOTWÓTRCZEJ 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 ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
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 CZYNNEJ 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	PĘCHERZ 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 CZYNNEJ 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 NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
471.	**VINORELBINUM**	D13.0	PRZEŁYK
472.	**VINORELBINUM**	D13.1	ŻOŁĄDEK
473.	**VINORELBINUM**	D13.2	DWUNASTNICA
474.	**VINORELBINUM**	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
475.	**VINORELBINUM**	D13.4	WĄTROBA
476.	**VINORELBINUM**	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
477.	**VINORELBINUM**	D13.6	TRZUSTKA
478.	**VINORELBINUM**	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
479.	**VINORELBINUM**	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
480.	**VINORELBINUM**	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE 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	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE 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	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI 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	SROM
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 CZYNNEJ 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	SZYSZYNKA
569.	**VINORELBINUM**	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
570.	**VINORELBINUM**	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
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 CZYNNEJ 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, PĘCHERZYK 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	ŚRÓDPIERSIE
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	SZYSZYNKA
635.	**VINORELBINUM**	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
636.	**VINORELBINUM**	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYZWOJOWE
637.	**VINORELBINUM**	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ 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, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
641.	**VINORELBINUM**	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO 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 *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
2.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.0	WPUST *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
3.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
4.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
5.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
6.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.4	ODŹWIERNIK *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
7.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKRESLONA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
8.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
9.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
10.	**TEMOZOLOMIDUM**	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKRESLONY *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
11.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
12.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.0	DWUNASTNICA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
13.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.1	JELITO CZCZE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
14.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.2	JELITO KRĘTE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
15.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.3	UCHYŁEK MECKELA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
16.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
17.	**TEMOZOLOMIDUM**	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKRESLONE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
18.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
19.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.0	JELITO ŚLEPE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
20.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
21.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
22.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
23.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
24.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.5	ZGIĘCIE SLEDZIONOWE *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
25.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
26.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.7	ESICA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
27.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
28.	**TEMOZOLOMIDUM**	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKRESLONA *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
29.	**TEMOZOLOMIDUM**	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
30.	**TEMOZOLOMIDUM**	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY *w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii*
31.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY *u dzieci do 18 roku życia*
32.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH *u dzieci do 18 roku życia*
33.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY *u dzieci do 18 roku życia*
34.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			u dzieci do 18 roku życia
35.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY *u dzieci do 18 roku życia*
36.	**TEMOZOLOMIDUM**	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA *u dzieci do 18 roku życia*
37.	**TEMOZOLOMIDUM**	C38.0	SERCE *u dzieci do 18 roku życia*
38.	**TEMOZOLOMIDUM**	C38.1	ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE *u dzieci do 18 roku życia*
39.	**TEMOZOLOMIDUM**	C38.2	ŚRÓDPIERSIE TYLNE *u dzieci do 18 roku życia*
40.	**TEMOZOLOMIDUM**	C38.3	ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA *u dzieci do 18 roku życia*
41.	**TEMOZOLOMIDUM**	C38.4	OPŁUCNA *u dzieci do 18 roku życia*
42.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
43.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
44.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.2	KOSCI DŁUGIE KONCZYNY DOLNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
45.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
46.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN *u dzieci do 18 roku życia*
47.	**TEMOZOLOMIDUM**	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
48.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.0	KOSCI CZASZKI I TWARZY *u dzieci do 18 roku życia*
49.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.1	ŻUCHWA *u dzieci do 18 roku życia*
50.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA *u dzieci do 18 roku życia*
51.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA *u dzieci do 18 roku życia*
52.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.4	KOSCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA *u dzieci do 18 roku życia*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
53.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
54.	**TEMOZOLOMIDUM**	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
55.	**TEMOZOLOMIDUM**	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
56.	**TEMOZOLOMIDUM**	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
57.	**TEMOZOLOMIDUM**	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA *u dzieci do 18 roku życia*
58.	**TEMOZOLOMIDUM**	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ *u dzieci do 18 roku życia*
59.	**TEMOZOLOMIDUM**	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
60.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI *u dzieci do 18 roku życia*
61.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM *u dzieci do 18 roku życia*
62.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
63.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA *u dzieci do 18 roku życia*
64.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
65.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
66.	**TEMOZOLOMIDUM**	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
67.	**TEMOZOLOMIDUM**	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA *u dzieci do 18 roku życia*
68.	**TEMOZOLOMIDUM**	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ *u dzieci do 18 roku życia*
69.	**TEMOZOLOMIDUM**	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA *u dzieci do 18 roku życia*
70.	**TEMOZOLOMIDUM**	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ *u dzieci do 18 roku życia*

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 *u dzieci do 18 roku życia*
72.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM *u dzieci do 18 roku życia*
73.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM *u dzieci do 18 roku życia*
74.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
75.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA *u dzieci do 18 roku życia*
76.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY *u dzieci do 18 roku życia*
77.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA *u dzieci do 18 roku życia*
78.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ *u dzieci do 18 roku życia*
79.	**TEMOZOLOMIDUM**	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKRESLONE *u dzieci do 18 roku życia*
80.	**TEMOZOLOMIDUM**	C63.0	NAJĄDRZE *u dzieci do 18 roku życia*
81.	**TEMOZOLOMIDUM**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
82.	**TEMOZOLOMIDUM**	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
83.	**TEMOZOLOMIDUM**	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU *u dzieci do 18 roku życia*
84.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
85.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
86.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
87.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
88.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
89.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			u dzieci do 18 roku życia
90.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU *u dzieci do 18 roku życia*
91.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.7	MOCZOWNIK *u dzieci do 18 roku życia*
92.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
93.	**TEMOZOLOMIDUM**	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
94.	**TEMOZOLOMIDUM**	C68.0	CEWKA MOCZOWA *u dzieci do 18 roku życia*
95.	**TEMOZOLOMIDUM**	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ *u dzieci do 18 roku życia*
96.	**TEMOZOLOMIDUM**	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
97.	**TEMOZOLOMIDUM**	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
98.	**TEMOZOLOMIDUM**	C69.2	SIATKÓWKA *u dzieci do 18 roku życia*
99.	**TEMOZOLOMIDUM**	C69.6	OCZODOŁ *u dzieci do 18 roku życia*
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	MÓŻDŻEK
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
			u dzieci do 18 roku życia
111.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.1	OGON KOŃSKI *u dzieci do 18 roku życia*
112.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.2	NERW WĘCHOWY *u dzieci do 18 roku życia*
113.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.3	NERW WZROKOWY *u dzieci do 18 roku życia*
114.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
115.	**TEMOZOLOMIDUM**	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
116.	**TEMOZOLOMIDUM**	C74.0	KORA NADNERCZY *u dzieci do 18 roku życia*
117.	**TEMOZOLOMIDUM**	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY *u dzieci do 18 roku życia*
118.	**TEMOZOLOMIDUM**	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*
119.	**TEMOZOLOMIDUM**	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
120.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA *u dzieci do 18 roku życia*
121.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.1	KLATKA PIERSIOWA *u dzieci do 18 roku życia*
122.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.2	BRZUCH *u dzieci do 18 roku życia*
123.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.3	MIEDNICA *u dzieci do 18 roku życia*
124.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA *u dzieci do 18 roku życia*
125.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA *u dzieci do 18 roku życia*
126.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE *u dzieci do 18 roku życia*
127.	**TEMOZOLOMIDUM**	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ *u dzieci do 18 roku życia*
128.	**TEMOZOLOMIDUM**	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ *u dzieci do 18 roku życia*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
129.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE *u dzieci do 18 roku życia*
130.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE *u dzieci do 18 roku życia*
131.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
132.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY *u dzieci do 18 roku życia*
133.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
134.	**TEMOZOLOMIDUM**	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
135.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE *u dzieci do 18 roku życia*
136.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE *u dzieci do 18 roku życia*
137.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY *u dzieci do 18 roku życia*
138.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.3	NERWY CZASZKOWE *u dzieci do 18 roku życia*
139.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY *u dzieci do 18 roku życia*
140.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO *u dzieci do 18 roku życia*
141.	**TEMOZOLOMIDUM**	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE *u dzieci do 18 roku życia*

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 *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.*

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 *w przypadku:* *pacjentów poniżej 18 roku życia z rozpoznaniem ostrej białaczki promielocytowej charakteryzującej się translokacją t(15;17) i (lub) obecnością genu PML/RAR-alfa*

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 ≤ $10x10^3$ / µl), w skojarzeniu z kwasem all– trans– retynowym*

Załącznik C.66.a.

CLOFARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**CLOFARABINUM**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA *w przypadku:* *leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej (ALL) u dzieci i młodzieży z nawrotem lub oporną na leczenie chorobą po zastosowaniu przynajmniej dwóch wcześniejszych standardowych cykli i w przypadku, gdy brak innych opcji pozwalających na przewidywanie długotrwałej odpowiedzi, u chorych kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.*

Załącznik C.66.b.

CLOFARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**CLOFARABINUM**	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ *w trzeciej linii leczenia*
2.	**CLOFARABINUM**	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA *u dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, u których zdiagnozowano pierwotnie oporną ostrą białaczkę szpikową lub jej pierwszą wznowę oporną na leczenie II linii oraz u dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, u których stwierdzono drugą wznowę ostrej białaczki szpikowej*

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 *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
2.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
3.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
4.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
5.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
6.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
7.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA *w przypadku:* *pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.*
8.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* *c) przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny –*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			leczenie I linii.
9.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
10.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
11.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C83.0	Z MAŁYCH KOMOREK (ROZLANY) *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
12.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMOREK (ROZLANY) *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii* *albo* *w przypadku chłoniaków z komórek płaszcza i wystąpienia:* *a) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* b) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny –*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			leczenie I linii.
13.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
14.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
15.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKRESLONY *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
16.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C84.2	CHŁONIAK STREFY T *w przypadku:* *oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.*
17.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T *w przypadku:* *oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.*
18.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T *w przypadku:* *oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.*

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 *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii* *albo* *w przypadku chłoniaków z komórek płaszcza i wystąpienia:* *a) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* b) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
20.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
21.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA *w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:* *a) oporności na rytuksymab lub* *b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub* c) *przeciwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.*
22.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH *w drugiej i następnych liniach leczenia.*
23.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI *w drugiej i następnych liniach leczenia.*
24.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA *w drugiej i następnych liniach leczenia.*
25.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA *w drugiej i następnych liniach leczenia.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
26.	**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA *w przypadku:* *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,* *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.*

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 *uzupełniające leczenie pooperacyjne kwasem zoledronowym chorych na raka piersi po menopauzie*

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 *(AML) 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 *z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+)*

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 *w przypadku* *udokumentowanej obecność rearanżacji chromosomów 17 i 22 w zakresie genów COL1A1/PDGFβ*

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 *z udokumentowaną obecnością chromosomu Filadelfia (ALL Ph+)*

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 ≥ 50% wg klasyfikacji AJCCNCCN-AFIP i obecnością mutacji KIT lub PDGFR-α bez mutacji PDGFR-αD842V 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 dobowa 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 PRZEŁYKU
2.	**IMATINIB**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
3.	**IMATINIB**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
4.	**IMATINIB**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
5.	**IMATINIB**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
6.	**IMATINIB**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
7.	**IMATINIB**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZEŁYKU
8.	**IMATINIB**	C15.9	PRZEŁYK, 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	UCHYŁEK MECKELA
22.	**IMATINIB**	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELITA 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 JELITA 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 ≥ 10 µg/kg jeśli stosowany sam lub ≥ 5 µg/kg po chemioterapii) a mimo tego maksymalna liczba komórek CD34+ we krwi obwodowej wynosi mniej niż 10/µl 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 x 10^6 komórek CD34+/kg masy ciała przed planowanym pojedynczym przeszczepem
      lub
   b) mniej niż 4,0 x 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 SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**ANAGRELIDUM**	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA *z towarzyszącą nadpłytkowością oporną na inne leczenie*
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 *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.*
2.	**NELARABINUM**	C83.0	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK *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.*
3.	**NELARABINUM**	C83.5	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY LIMFOBLASTYCZNY *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.*

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 *zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej*
4	**BORTEZOMIBUM**	C90.0	SZPICZAK MNOGI *zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej*
5	**BORTEZOMIBUM**	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA *zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej*
6	**BORTEZOMIBUM**	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA *zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej*
7	**BORTEZOMIBUM**	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
8	**BORTEZOMIBUM**	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.76.b

BORTEZOMIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	**BORTEZOMIBUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO w *leczeniu dorosłych pacjentów z wcześniej nieleczonym chłoniakiem z komórek płaszcza, którzy nie kwalifikują się do przeszczepienia hematopoetycznych komórek macierzystych*

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 niedostępny 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

Załącznik C.80.

GEFITYNIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**GEFITYNIBUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA *W leczeniu dorosłych pacjentów chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca:* *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),* *b) z rozpoznaniem histologicznym lub cytologicznym raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. not otherwise specified - NOS),* *c) z obecnością mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. epidermal growth factor receptor - EGFR) potwierdzoną z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu,* *d) z zaawansowaniem miejscowym (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnieniem (stopień IV),* *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. response evaluation criteria in solid tumours) 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),* *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,* *g) z nieobecnością przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego,* *h) z wykluczeniem jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie.* *Kryteria wskazane w punktach a, b, c, d, e, f, g oraz h muszą być spełnione łącznie.*

Załącznik C.81.

ERLOTINIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**ERLOTINIBUM**	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA *W leczeniu dorosłych pacjentów chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca:* *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),* *b) z rozpoznaniem histologicznym lub cytologicznym raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. not otherwise specified - NOS),* *c) z obecnością mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. epidermal growth factor receptor - EGFR) potwierdzoną z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu,* *d) z zaawansowaniem miejscowym (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnieniem (stopień IV),* *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. response evaluation criteria in solid tumours) 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),* *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,* *g) z nieobecnością przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego,* *h) z wykluczeniem jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie.* *Kryteria wskazane w punktach a, b, c, d, e, f, g oraz h muszą być spełnione łącznie.*

Załącznik C.82.a.

BEVACIZUMAB

1. w leczeniu dorosłych pacjentów z noworozpoznanym zaawansowanym rakiem jajnika, jajowodu lub pierwotnym rakiem otrzewnej

a. *w skojarzeniu z karboplatyną i paklitakselem lub w monoterapii:*
   - *stopień zaawansowania FIGO IV lub III z chorobą resztkową po resekcji powyżej 1cm,*
   - *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 olaparybem:*
   - *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 karboplatyną i gemcytabiną lub w skojarzeniu z karboplatyną 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:

- *przetrwały, 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 u pacjentów z nowotworem w stopniu zaawansowania IV (uogólnionym). Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie. Lek może być zastosowany u danego pacjenta tylko w jednej, wybranej linii leczenia.

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	SZPICZAK PLAZMOCYTOWY *w przypadku:* *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),* *albo* *leczenia w skojarzeniu z deksametazonem dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym, u których stosowano uprzednio co najmniej jeden schemat leczenia,* *albo* *monoterapii w leczeniu podtrzymującym dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym po przeszczepieniu autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (auto-HSCT) stosowanym po pierwszej linii leczenia*

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 *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*
2.	**LENALIDOMIDUM**	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW *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*
3.	**LENALIDOMIDUM**	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI *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*
4.	**LENALIDOMIDUM**	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW *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*
5.	**LENALIDOMIDUM**	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ *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*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
6.	**LENALIDOMIDUM**	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA *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*
7.	**LENALIDOMIDUM**	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE *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*
8.	**LENALIDOMIDUM**	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY *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*

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 (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY *w przypadku:* *leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a*
2.	**LENALIDOMIDUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY *w przypadku:* *leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a*
3.	**LENALIDOMIDUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO *w przypadku:* *leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a*
4.	**LENALIDOMIDUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO *w przypadku:* *leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z nawracającym lub opornym na leczenie chłoniakiem z komórek płaszcza*

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 *w przypadku:* *leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio nieleczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a*
2.	**LENALIDOMIDUM**	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY *w przypadku:* *leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio nieleczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a*
3.	**LENALIDOMIDUM**	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO *w przypadku:* *leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio nieleczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a*
4.	**LENALIDOMIDUM**	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE *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*
5.	**LENALIDOMIDUM**	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY *w przypadku:* *leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonymi chłoniakiami strefy brzeżnej*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
6.	**LENALIDOMIDUM**	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO *w przypadku:* *leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonymi chłoniakiami strefy brzeżnej* *albo* *leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z nawracającym lub opornym na leczenie chłoniakiem z komórek płaszcza*

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 SUBSTANCJI CZYNNEJ 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 SUBSTANCJI CZYNNEJ 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	CZĘŚĆ 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 gruczołowego 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 wynoszącą 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	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO *w przypadku:* *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.* *albo* *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,* *albo* *leczenia dorosłych pacjentów na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami, po niepowodzeniu chemioterapii opartej o docetaksel,* *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).*

Załącznik C.87.b.

OCTAN ABIRATERONU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**OCTAN ABIRATERONU**	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO *w przypadku:* *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,* *albo* *leczenia dorosłych pacjentów na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego bez przerzutów, z dużym ryzykiem wystąpienia przerzutów (PSA DT ≤ 10 mies.).* *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).*

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 PRZEŁYKU
2.	**SUNITINIB**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
3.	**SUNITINIB**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
4.	**SUNITINIB**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
5.	**SUNITINIB**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
6.	**SUNITINIB**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
7.	**SUNITINIB**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZEŁYKU
8.	**SUNITINIB**	C15.9	PRZEŁYK, 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 CZYNNEJ 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	UCHYŁEK 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 neuroendokrynny 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 WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI *Wyspy trzustkowe Langerhansa*

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 PRZEŁYKU
2.	**SORAFENIB**	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
3.	**SORAFENIB**	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
4.	**SORAFENIB**	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
5.	**SORAFENIB**	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
6.	**SORAFENIB**	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
7.	**SORAFENIB**	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZEŁYKU
8.	**SORAFENIB**	C15.9	PRZEŁYK, 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	UCHYŁEK 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 OTRZEWNEJ

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 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 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 SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**SORAFENIB**	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ

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 albo3 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 SUBSTANCJI CZYNNEJ 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 neuroendokrynny 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 WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI *Wyspy trzustkowe Langerhansa*

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 *leczenie dorosłych chorych na przewlekłą białaczkę szpikową w fazie przewlekłej lub akceleracji lub kryzy blastycznej* *w przypadku:* *niepowodzenia, utraty odpowiedzi lub nietolerancji na uprzednie leczenie inhibitorami kinazy tyrozynowej, w tym leczenie imatynibem.*

Załącznik C.92.b.

DASATINIB

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	**DASATINIB**	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA *leczenie dorosłych chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną z obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+) oraz dorosłych chorych na kryzę limfoblastyczną przewlekłej białaczki szpikowej* *w przypadku:* *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,* *lub* *gdy wystąpiły objawy nietolerancji imatynibu w trakcie wcześniejszej terapii w stopniu uniemożliwiającym dalsze jego stosowanie,* *lub* *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),* *lub* *gdy przy rozpoznaniu lub na jakimkolwiek etapie leczenia stwierdzono pierwotne zajęcie ośrodkowego układu nerwowego (OUN).*

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 2022 r. poz. 2561 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. powl., 200 mg	30 szt.	05909990840014
9	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990840113
10	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 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	Proursan, 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 ursodeoxycholicum	Ursoxyn, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909991325794
20	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	05909990244317
21	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	05909990244416
22	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	05909990023813
23	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt. (blist.)	05909990694327
24	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991210328
25	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991229610
26	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt. (blist.)	05909990694426
27	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	05909990425693
28	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg	30 sasz.po 3030 mg	05909990425754
29	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg	30 sasz.po 758 mg	05909990425709
30	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	05909990425730
31	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747
32	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	100 szt.	05909990907755
33	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909990907731
34	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	100 szt.	05909990907786

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	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909990907762
36	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	100 szt.	05909990697021
37	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	30 szt.	05909990854462
38	Acitretinum	Neotigason, kaps., 25 mg	100 szt.	05909990696925
39	Adrenalinum	Adrenalina WZF, roztwór do wstrzykiwań, 300 µg/0,3 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909991069711
40	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
41	Allopurinolum	Allupol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990109418
42	Allopurinolum	Allupol, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991316228
43	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	100 szt.	05907626706529
44	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	50 szt.	05907626706505
45	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	100 szt.	05907626706628
46	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	30 szt	05907626706604
47	Allopurinolum	Milurit, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990163212
48	Allopurinolum	Milurit, tabl., 300 mg	30 szt.	05909990414819
49	Amiodaroni hydrochloridum	Opacorden, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990086818
50	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991412876
51	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991412883
52	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991412906
53	Amisulpridum	Amisan , tabl., 200 mg	60 szt.	05909990762972
54	Amisulpridum	Amisan , tabl., 50 mg	60 szt.	05909990762880
55	Amisulpridum	Amisan, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990762996
56	Amisulpridum	Amisan, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990762965
57	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991348649
58	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991348557
59	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990840915
60	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990841011
61	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991471248
62	Amisulpridum	Solian, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990840816
63	Amisulpridum	Solian, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991452261
64	Amisulpridum	Solian, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991466114
65	Amisulpridum	Symamis, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991410773
66	Amisulpridum	Symamis, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991410803
67	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991322885
68	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991322816
69	Amlodipinum	Adipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990642267
70	Amlodipinum	Adipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990642311

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
71	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991099022
72	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991067540
73	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991436636
74	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991098926
75	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067533
76	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991436759
77	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734
78	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635
79	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991068073
80	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991068097
81	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991067977
82	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067991
83	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990800551
84	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990800469
85	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990842698
86	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990842476
87	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991361020
88	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990048977
89	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991464462
90	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991478148
91	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511449
92	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991361013
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, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991298258
113	Amoxicillinum	Amotaks, granulat 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. powl., 1000 mg	20 szt.	05909990778041
122	Amoxicillinum	Ospamox 500 mg, tabl. powl., 500 mg	20 szt.	05909990788453
123	Amoxicillinum	Ospamox 750 mg, tabl. powl., 750 mg	20 szt.	05909990788477
124	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but. 60 ml	05907626702361
125	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990781874
126	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powl., 1000 mg	16 szt.	05909990293322
127	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909990293124
128	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powl., 750 mg	16 szt.	05909990293223
129	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	07613421046941
130	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	07613421046934
131	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 1000 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 875+125 mg	14 szt.	05909990649747
132	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 625 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 500+125 mg	14 szt.	05909990646906
133	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (35 g)	05909990894833
134	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	35 ml (8,75 g)	05909990894819
135	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (17,5 g)	05909990894826
136	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990081912
137	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990411115
138	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991243319
139	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991250324
140	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991012960
141	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991449544
142	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909991284220

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	Amylan, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991284237
144	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH Extra, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05909991343279
145	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (but.)	05909991343262
146	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (but.)	05909991343255
147	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 875+125 mg	14 sasz.	05903060615908
148	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05903060615922
149	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05903060615953
150	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05909990614318
151	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	50 ml	05909990614288
152	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 250+125 mg	21 szt.	05909990064120
153	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990368235
154	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909997199702
155	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990717521
156	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991209483
157	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991248949
158	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909997198385
159	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909997217345
160	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909997230542
161	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991093990
162	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990744848
163	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (14 g)	05909991233846
164	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909991233525
165	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991233624
166	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991441517
167	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991444440
168	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Polamoklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991392772
169	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991042073
170	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991474027
171	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05909991042080
172	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05909991474034
173	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990793587
174	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990793600
175	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml	05909990793594
176	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990430628
177	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg	21 szt.	05909990430611
178	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991087715
179	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
180	Amoxicillinum trihydricum + Kalii clavulonas	Amoxicillin + Clavulanic Acid Aurovitas, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991395759
181	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 10 mg	56 szt.	05038256002573
182	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05901878600888
183	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05903792743528
184	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05909990002306
185	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05901878600895
186	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05903792743535
187	Aripiprazolum	Abilify, tabletki, 15 mg	56 szt.	05909990002337
188	Aripiprazolum	Abilify, tabletki, 30 mg	56 szt.	05909990002382
189	Aripiprazolum	Apiprax, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991279691
190	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	28 szt.	05906414001068
191	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	56 szt.	05906414001730
192	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	84 szt.	05906414001747
193	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	28 szt.	05906414001075
194	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	56 szt.	05906414001754
195	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	84 szt.	05906414001761
196	Aripiprazolum	Apra, tabl., 30 mg	28 szt.	05906414001082
197	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05906414001020
198	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05906414001648
199	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414001655
200	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05906414001037
201	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05906414001662
202	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414001679
203	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 30 mg	28 szt.	05906414001044
204	Aripiprazolum	Aribit ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991251475
205	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 10 mg	56 szt.	05907529463284
206	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	28 szt.	05907529463314
207	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	56 szt.	05907529463338
208	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 30 mg	56 szt.	05907529463383
209	Aripiprazolum	Aricogan, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991265526
210	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991232733
211	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991232832
212	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	30 szt.	05909991232849
213	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991232856
214	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	60 szt.	05909991232863
215	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	90 szt.	05909991232887
216	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991232931

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	Aripiprazole +pharma, tabl., 15 mg	30 szt.	05901720140241
218	Aripiprazolum	Aripiprazole Aurovitas, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt. (w blistrach perforowanych)	05909991270223
219	Aripiprazolum	Aripiprazole Aurovitas, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991339951
220	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991263850
221	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg	28 szt.	05907626705690
222	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg	56 szt.	05907626705713
223	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg	28 szt.	05907626705836
224	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg	56 szt.	05907626705850
225	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991404659
226	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991404666
227	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991404673
228	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991404680
229	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991404710
230	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991404727
231	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991404635
232	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991404642
233	Aripiprazolum	Arypiprazol Glenmark, tabl., 15 mg	28 szt.	05902020241447
234	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991205225
235	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991205256
236	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991205324
237	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991205355
238	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991205423
239	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229733
240	Aripiprazolum	Asduter, tabletki, 10 mg	28 szt.	05909991229696
241	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991236946
242	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991236953
243	Atomoxetinum	Atofab, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	09008732012224
244	Atomoxetinum	Atofab, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	09008732012231
245	Atomoxetinum	Atomoksetyna Medice, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991412173
246	Atomoxetinum	Atomoksetyna Medice, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991412241
247	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991393380
248	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991393601
249	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991393496
250	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991393717
251	Atomoxetinum	Auroxetyn, kaps. twarde, 40 mg	30 szt.	05909991508241
252	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991390938
253	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991390952

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
254	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991390976
255	Atomoxetinum	Konaten, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991390990
256	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991124618
257	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907695215137
258	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05907695215359
259	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991124717
260	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05907695215144
261	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05907695215366
262	Atorvastatin	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991124816
263	Atorvastatin	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05907695215151
264	Atorvastatin	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05907695215373
265	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990787586
266	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990787609
267	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990787647
268	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990991815
269	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990336647
270	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990991914
271	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909991013806
272	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990419173
273	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909990885282
274	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 30 mg	60 szt.	05909990885299
275	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990623464
276	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990623471
277	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990623488
278	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909990885336
279	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990885374
280	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (butelka)	05909990938926
281	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (butelka)	05909990938995
282	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991321710
283	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg	30 szt.	05909991321611
284	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg	90 szt.	05909991321659
285	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991382896
286	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991382902
287	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	07311920002252
288	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991382919
289	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991382926
290	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	07311920002276

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
291	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	07311920002269
292	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991382933
293	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991382940
294	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990900053
295	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990899920
296	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990899951
297	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990899975
298	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990900275
299	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990900305
300	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990900336
301	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990900459
302	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991501655
303	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991501662
304	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991444686
305	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991444730
306	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991444792
307	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991444853
308	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990077847
309	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990077939
310	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990078028
311	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991041298
312	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990573400
313	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990573530
314	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991479992
315	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990573547
316	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991011383
317	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990905508
318	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990905539
319	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990905553
320	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990905638
321	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990905652
322	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990905676
323	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990905782
324	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990905805
325	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990905867
326	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991042097
327	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991042103

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	Storvas CRT, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991415976
329	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991042134
330	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991419042
331	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991042141
332	Atorvastatinum	Torvacard 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990338290
333	Atorvastatinum	Torvacard 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990338368
334	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990338436
335	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990338443
336	Atorvastatinum	Torvacard, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990957071
337	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990810161
338	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990810178
339	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990810185
340	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990810208
341	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990998814
342	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990998821
343	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990998838
344	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990998913
345	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990998920
346	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990998937
347	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991403911
348	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powl., 30 mg	60 szt.	05909991403935
349	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991403997
350	Atropini sulfas	Atropinum sulfuricum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	5 ml	05909990243112
351	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826
352	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819
353	Azathioprinum	Imuran, tabl. powl., 50 mg	100 szt.	05909990277810
354	Azithromycinum	Azibiot, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991054816
355	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909991034412
356	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991035518
357	Azithromycinum	Azithromycin Genoptim, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990969876
358	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909990573738
359	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909997214023
360	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909997223537
361	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990573752
362	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909997214030
363	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909997223551
364	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635320

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	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635337
366	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990635344
367	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 37,5 ml	05907626702682
368	Azithromycinum	Azitrox 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991087319
369	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	20 ml	05909990073566
370	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	30 ml	05909990073573
371	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909991098421
372	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991098520
373	Azithromycinum	Macromax, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990713608
374	Azithromycinum	Nobaxin, tabl. powl., 500 mg	2 szt. (w blistrze)	05909991108830
375	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742219
376	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990742226
377	Azithromycinum	Sumamed, kaps. twarde, 250 mg	6 szt.	05909990742318
378	Azithromycinum	Sumamed, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742110
379	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powl., 125 mg	6 szt.	05909990846214
380	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990742417
381	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990118915
382	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990119011
383	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990118816
384	Benzathini phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	60 ml	05909990363216
385	Betamethasoni dipropionas + Betamethasoni natrii phosphas	Diprophos, zawiesina do wstrzykiwań, 6,43+2,63 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990121625
386	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	10 ml	05909990186525
387	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	5 ml	05909990186518
388	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991097066
389	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991097073
390	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991335663
391	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991335670
392	Bimatoprostum	Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990008469
393	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 butelka po 3 ml	05909991310769
394	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 butelki po 3 ml	05909991310776
395	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991376772
396	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991376789
397	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991422356
398	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991422363
399	Bimatoprostum + Timololum	Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990574315
400	Biperideni hydrochloridum	Akineton SR 4 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990884216
401	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909990193219

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
402	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909991265762
403	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909991447311
404	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991066529
405	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991066420
406	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991197049
407	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991197056
408	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991197070
409	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991197063
410	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991152017
411	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991151911
412	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991015114
413	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991015015
414	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990633852
415	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990633869
416	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990633791
417	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990633807
418	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991097523
419	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991097554
420	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991097400
421	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991097448
422	Brimonidini tartras	Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml	05909990865024
423	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990874194
424	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000900
425	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991379483
426	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991379490
427	Brimonidini tartras	Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml (but.)	05909990974641
428	Brimonidini tartras	Luxfen, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909990677733
429	Brimonidini tartras + Timololum	Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990570546
430	Brinzolamidum	Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990869114
431	Brinzolamidum	Brinzolamide Genoptim, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991250386
432	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991223571
433	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991223588
434	Brivaracetamum	Briviact, roztwór doustny, 10 mg/ml	300 ml	05909991272234
435	Brivaracetamum	Briviact, tabl. powl., 50 mg	56 szt.	05909991272333
436	Bromocriptinum	Bromocorn, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990211913
437	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144
438	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151

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	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629
440	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650
441	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698
442	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337354
443	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337323
444	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337286
445	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793
446	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991204082
447	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809
448	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991203986
449	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335169
450	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335176
451	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522
452	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539
453	Budesonidum	CortimentMMX, tabl. o przedł. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966
454	Budesonidum	Entocort, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	100 szt.	05909990430314
455	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg	60 szt.	05909990926213
456	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg	60 szt.	05909990926312
457	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925
458	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696
459	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733
460	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313
461	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412
462	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445615
463	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445714
464	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445813
465	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099
466	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991269784
467	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 dawek	07613421020866
468	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	07613421047047
469	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476
470	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458
471	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625
472	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg	1 inhalator (120 dawek)	05909991136932
473	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg	1 inhalator (60 dawek)	05909991136963
474	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620971
475	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
1	**2**	**3**	**4**	**5**
476	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620995
477	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074
478	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241
479	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886
480	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05000456011648
481	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg	60 szt. - blister	05909991235635
482	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg	30 szt. - blister	05909991235642
483	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056
484	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087
485	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131
486	Buprenorphinum	Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966127
487	Buprenorphinum	Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966226
488	Buprenorphinum	Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966325
489	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990073603
490	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909997201450
491	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909997213538
492	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990073597
493	Busulfanum	Myleran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990277919
494	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05901549565249
495	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05901549565256
496	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	05909990979738
497	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05909990948376
498	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909990948383
499	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	03830070472080
500	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	03830070472097
501	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	05909991409999
502	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909991441029
503	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991433109
504	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991466602
505	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991453398
506	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991470005
507	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991474119
508	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991499655
509	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990937172
510	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991453329
511	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991454883
512	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991455057

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 cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991496456
514	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990937196
515	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991453336
516	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991454890
517	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991455064
518	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991496463
519	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990937264
520	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991453367
521	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991454777
522	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991455118
523	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991448912
524	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990937080
525	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990937103
526	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabletki, 32 mg	30 szt.	05909991438876
527	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990962945
528	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990962839
529	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990772193
530	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991475680
531	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991475925
532	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991475697
533	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991475932
534	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475505
535	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475758
536	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990772162
537	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	30 szt.	05909991475482
538	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	30 szt.	05909991475666
539	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	60 szt.	05909991475499
540	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	60 szt.	05909991475673
541	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990801350
542	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990801367
543	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990739653
544	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990739707
545	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990739592
546	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	56 tabl.	05909990772209
547	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 32 mg	28 tabl.	05909990772230
548	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	56 tabl.	05909990772179
549	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
550	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315
551	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216
552	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223
553	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117
554	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515
555	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614
556	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215
557	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116
558	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917
559	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924
560	Carvedilolum	Atram 12,5, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990570430
561	Carvedilolum	Atram 25, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990570409
562	Carvedilolum	Atram 6,25, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990570454
563	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt.	05909990074099
564	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990074129
565	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 6,25 mg	30 szt.	05909990074051
566	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990727148
567	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990727193
568	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990727100
569	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909991017019
570	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118
571	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909991016814
572	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909991016913
573	Carvedilolum	Coryol 12,5 mg, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990216505
574	Carvedilolum	Coryol 25 mg, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990216567
575	Carvedilolum	Coryol 3,125 mg, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909990216604
576	Carvedilolum	Coryol, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990983315
577	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687909
578	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687930
579	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687862
580	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687879
581	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687886
582	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687893
583	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 375 mg	10 szt.	05909990676514
584	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	10 szt.	05909990676613
585	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	14 szt.	05909990676620
586	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	10 szt.	05909990676712

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
587	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990137411
588	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990137428
589	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990137510
590	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990137527
591	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990775910
592	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990775927
593	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	05909990059515
594	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	17 ml	05909990806812
595	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911
596	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416
597	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990063840
598	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990063857
599	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990063697
600	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990063703
601	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991255145
602	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991255152
603	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991255183
604	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991255190
605	Cefuroximum	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991312831
606	Cefuroximum	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991312855
607	Cefuroximum	Cefuroxime Genoptim, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991353483
608	Cefuroximum	Cefuroxime Genoptim, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991353490
609	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009229
610	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009212
611	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009120
612	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009113
613	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991263331
614	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991263355
615	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	20 szt.	05909991263362
616	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 500 mg	20 szt.	05909991263416
617	Cefuroximum	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	10 tabl.	05909991263386
618	Cefuroximum	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	14 tabl.	05909991263409
619	Cefuroximum	Furocef, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991231194
620	Cefuroximum	Furocef, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991231217
621	Cefuroximum	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	10 szt.	05909990224951
622	Cefuroximum	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	14 szt.	05907626701753
623	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	10 szt.	05909990224456

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
624	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	14 szt.	05907626701760
625	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991265328
626	Cefuroximum	Zamur 250, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990216383
627	Cefuroximum	Zamur 250, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991067946
628	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990216390
629	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991067953
630	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909991471637
631	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	8 szt.	05909991471620
632	Cefuroximum	Zinacef, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 1500 mg	10 fiol.	05909990069927
633	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990051342
634	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909990051335
635	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml (39,98 g granulatu)	05909990468812
636	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 125 mg	10 szt.	05909990083213
637	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990083312
638	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909997196350
639	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990083411
640	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991283575
641	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991359331
642	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991399290
643	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991433093
644	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909997196077
645	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909997200118
646	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909997210605
647	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990083435
648	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991418212
649	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991425203
650	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991082932
651	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991082949
652	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991401641
653	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	05909990410729
654	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990410736
655	Cetirizini dihydrochloridum	Alermed, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990910793
656	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 10 ml	05909991103811
657	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 20 ml	05909991103835
658	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, syrop, 5 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990851119
659	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990569441
660	Cetirizini dihydrochloridum	Amertil, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907695215250

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
661	Cetirizini dihydrochloridum	Letizen, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	05909990869725
662	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909990184736
663	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 but. 20 ml	05909991386672
664	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 but. 20 ml	05909991457020
665	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. po 75 ml	05909990781515
666	Cetirizinum	Zyrtec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990184637
667	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990345618
668	Chloroquinum	Arechin, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991139582
669	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909991474409
670	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 50 mg	50 szt.	05909991474416
671	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909990203017
672	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 50 mg	50 szt.	05909990203116
673	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064
674	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057
675	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990787463
676	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990787289
677	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990787357
678	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 100 mg	50 szt.	05909990946624
679	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 25 mg	50 szt.	05909990946426
680	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 50 mg	50 szt.	05909990946525
681	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990946716
682	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991460679
683	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991480424
684	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 10 mg	60 szt.	05909990406111
685	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990336814
686	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990336616
687	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990336715
688	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990336913
689	Ciprofloxacinum	Ciphin 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990499113
690	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990066414
691	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990066216
692	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990308514
693	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990334964
694	Ciprofloxacinum	Cipropol, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990729012
695	Ciprofloxacinum	Proxacin 250, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991033514
696	Ciprofloxacinum	Proxacin 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991033613
697	Clarithromycinum	Fromilid 250, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990773626

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
698	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990781010
699	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg	28 szt.	05909991036546
700	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426453
701	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426446
702	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426477
703	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426491
704	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 250 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990081165
705	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990045532
706	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 500 mg	20 szt.	05909990045549
707	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	100 ml	05909990331727
708	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	60 ml	05909990331710
709	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990780631
710	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990780624
711	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990331819
712	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990331826
713	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990719419
714	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991030117
715	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991023416
716	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 300, tabl. powl., 300 mg	16 szt.	05909991001438
717	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	12 szt.	05909991001520
718	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	16 szt.	05909991001537
719	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	30 szt.	05909991001544
720	Clindamycinum	Clindanea, tabl. powl., 600 mg	12 szt.	05909991414207
721	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 150 mg	16 szt.	05909990071210
722	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 300 mg	16 szt.	05909990306435
723	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 75 mg	16 szt.	05909990071111
724	Clindamycinum	Klimicin, kaps. twarde, 300 mg	16 szt.	05907626707397
725	Clindamycinum	Klimicin, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 300 mg/2 ml	5 amp.po 2 ml	05909990067510
726	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909990369928
727	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909997013800
728	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909997196497
729	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil SR 75, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	05909990295111
730	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990294916
731	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990295012
732	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg	30 szt.	05909990135615
733	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516
734	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909990295715

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
735	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	100 szt.	05909991327736
736	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991327705
737	Clozapinum	Clopizam, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991327606
738	Clozapinum	Klozapol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990139521
739	Clozapinum	Klozapol, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990139422
740	Clozapinum	Symcloza, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991373443
741	Clozapinum	Symcloza, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991373467
742	Clozapinum	Symcloza, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991373382
743	Colecalciferolum	Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml	10 ml	05909991047818
744	Colistimethatum natricum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	05909990366514
745	Collagenasum	Iruxol Mono, maść, 1,2 j./g	20 g	05909990015412
746	Conestatum alfa	Ruconest, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2100 j.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do podawania	08718309680077
747	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010
748	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814
749	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991302108
750	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991032838
751	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991032852
752	Desloratadinum	Delortan, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 120 ml	05909990969364
753	Desloratadinum	Delortan, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990969654
754	Desloratadinum	Delortan, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990969678
755	Desloratadinum	Deslodyna, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990964574
756	Desloratadinum	Deslodyna, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990964611
757	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991359454
758	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	08901175035427
759	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991359478
760	Desloratadinum	Dynid, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml	05909990975921
761	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990979981
762	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	60 szt.	05902020241669
763	Desloratadinum	Hitaxa, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909990981458
764	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2,5 mg	30 szt.	05909990981359
765	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	30 szt.	05909990981373
766	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990994533
767	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991480172
768	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991499785
769	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990994540
770	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991480189
771	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991499792

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
772	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548
773	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579
774	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494
775	Dexamethasonum	Demezon, tabl., 1 mg	40 szt.	05909991389178
776	Dexamethasonum	Demezon, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991389208
777	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991297763
778	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991472535
779	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991484729
780	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991297480
781	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 40 mg	20 szt.	05909991297879
782	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991297633
783	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991472603
784	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	05904374007854
785	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg	20 szt.	05900411007351
786	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg	20 szt.	05900411007276
787	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	05904374007861
788	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg	20 szt.	05900411007313
789	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751518
790	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751617
791	Dienogest	Diemono, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991405120
792	Dienogestum	Aridya, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991430702
793	Dienogestum	Diemono, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991473341
794	Dienogestum	Diemono, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991487270
795	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991398569
796	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	84 szt.	05909991398576
797	Dienogestum	Probella, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991396978
798	Dienogestum	Symdieno, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991392871
799	Dienogestum	Visanne, tabl., 2 mg	28 szt.	05909990776962
800	Dienogestum	Zafrilla, tabl., 2 mg	28 szt.	05907594032552
801	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045
802	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069
803	Dornasum alfa	Pulmozyme, roztwór do nebulizacji, 1 mg/ml	30 amp.a 2,5 ml	05909990375813
804	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 butelka 5 ml	05909991344306
805	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 butelki 5 ml	05909991344313
806	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990942855
807	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05900257101015
808	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990643929

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
809	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000962
810	Dorzolamidum	Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990661329
811	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991310936
812	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991310943
813	Dorzolamidum + Timololum	Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990442423
814	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991340674
815	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991340681
816	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991067267
817	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991067274
818	Dorzolamidum + Timololum	Oftidorix, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	5 ml	05909990866144
819	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990746705
820	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000955
821	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991311049
822	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991311056
823	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991305291
824	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991305420
825	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 2 mg	30 szt.	05909990901890
826	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	30 szt.	05909990902255
827	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	90 szt.	05909990902293
828	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517
829	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616
830	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715
831	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367
832	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410
833	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519
834	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318
835	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417
836	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516
837	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951
838	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582
839	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911
840	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017
841	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289
842	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116
843	Doxazosinum	Doxazosin XR Genoptim, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990066797
844	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611
845	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
846	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005
847	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012
848	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571
849	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820
850	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315
851	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414
852	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320
853	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429
854	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511
855	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990080267
856	Doxycyclinum	Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991330576
857	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909990072316
858	Duloxetinum	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991432980
859	Duloxetinum	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991432997
860	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	28 szt.	05909991324551
861	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	56 szt.	05906414003185
862	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	28 szt.	05909991324537
863	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	56 szt.	05906414003192
864	Duloxetinum	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991419776
865	Duloxetinum	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991419813
866	Duloxetinum	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 30 mg	30 szt.	05901720140296
867	Duloxetinum	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 60 mg	30 szt.	05901720140210
868	Duloxetinum	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05901797710644
869	Duloxetinum	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05901797710668
870	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991231040
871	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991423636
872	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991231064
873	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991231071
874	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991222239
875	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991222253
876	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991222321
877	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991480745
878	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991222345
879	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991480752
880	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991352172
881	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 120 mg	28 szt.	05909991468699
882	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991396688

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
883	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991396664
884	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991468651
885	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991249540
886	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991249618
887	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991249885
888	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991249946
889	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030
890	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054
891	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836
892	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829
893	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934
894	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958
895	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429
896	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528
897	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920
898	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328
899	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427
900	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821
901	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026
902	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126
903	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164
904	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05906395161096
905	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05906395161010
906	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05906395161034
907	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05906395161058
908	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05906395161072
909	Enzyma pancreatis	Kreon 25 000, kaps. dojel., 25000 J.Ph.Eur.Lipazy	50 szt.	05909990042579
910	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990926497
911	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991074975
912	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	03838989753160
913	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990926534
914	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991074999
915	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	03838989753191
916	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990841332
917	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991195755
918	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990841363
919	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991195762

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
920	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt. (blister)	05909990876280
921	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909990876327
922	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	05903060619548
923	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt. (blister)	05909990876778
924	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909990876808
925	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	05903060619555
926	Esomeprazolum	Texibax, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991268275
927	Esomeprazolum	Texibax, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991268282
928	Ethambutoli hydrochloridum	Ethambutol Teva, kaps., 250 mg	250 szt.	05909990227310
929	Ethosuximidum	Petinimid, kaps., 250 mg	100 szt.	05909990244911
930	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990014835
931	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990014828
932	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414
933	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815
934	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917
935	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990765713
936	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990765416
937	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990765515
938	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990765614
939	Fentanylum	Fenta MX 50, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990054626
940	Fentanylum	Fenta MX 75, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990054664
941	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	10 szt.	05909991204853
942	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	5 szt.	05909990000098
943	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 25 µg/h	10 szt.	05909991204822
944	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	10 szt.	05909991204839
945	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	5 szt.	05909990000050
946	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	10 szt.	05909991204846
947	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	5 szt.	05909990000081
948	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but.po 2,9 ml (20 daw.)	05909990699735
949	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308193
950	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę	1 but.po 5 ml (40 daw.)	05909990699889
951	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308209
952	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę	1 but.po 1,8 ml (10 daw.)	05909990699643
953	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę	1 but.po 3,2 ml (20 daw.)	05909991308131
954	Fentanylum	Matrifen 100 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990043330
955	Fentanylum	Matrifen 12 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 12 µg/h	5 szt.	05909990043163
956	Fentanylum	Matrifen 25 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990043279

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
957	Fentanylum	Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990043385
958	Fentanylum	Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990043224
959	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955503
960	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955527
961	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955541
962	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955558
963	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713846
964	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713860
965	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726068
966	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713853
967	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713877
968	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726075
969	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687787
970	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687848
971	Fluconazolum	Candifluc/Fluconazolum Aflofarm, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	05909991257804
972	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990662388
973	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990662371
974	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 150 mg	3 szt.	05907529466339
975	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991283247
976	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 150 mg	1 szt.	05909990490615
977	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	14 szt.	05909990490523
978	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990490516
979	Fluconazolum	Fluconazin, syrop, 5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909991097219
980	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991462932
981	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991462871
982	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991463151
983	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991262679
984	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991262617
985	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991262488
986	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991262457
987	Fluconazolum	Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	05909991273798
988	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990859511
989	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	28 szt.	05909990780181
990	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	7 szt.	05909990859719
991	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	1 szt.	05909990017874
992	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	3 szt.	05909990017881
993	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	14 szt.	05909991022556

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
994	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	7 szt.	05909991022549
995	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	14 szt.	05909990859610
996	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	7 szt.	05909990859672
997	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991423452
998	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991423506
999	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991423445
1000	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990869756
1001	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990869732
1002	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909990869763
1003	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	7 szt.	05909991365745
1004	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909990869770
1005	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909990869695
1006	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909990869688
1007	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991388270
1008	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909991388287
1009	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991388294
1010	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991388263
1011	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990980611
1012	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	7 szt.	05909990642533
1013	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 200 mg	7 szt.	05909991118914
1014	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990980512
1015	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885
1016	Fluoxetinum	Andepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991065515
1017	Fluoxetinum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990372317
1018	Fluoxetinum	Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990776955
1019	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311
1020	Fluoxetinum	Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg	30 tabl.	05909991317621
1021	Fluoxetinum	Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990742509
1022	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909990374328
1023	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990374311
1024	Flupentixolum	Fluanxol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990127214
1025	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powl., 0,5 mg	50 szt.	05909991074258
1026	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powl., 3 mg	50 szt.	05909991074296
1027	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909990941612
1028	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg	90 szt.	05909990941629
1029	Flutamidum	Flutamid Egis, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990139217
1030	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
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1031	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę donosową	1 poj. po 120 daw.	05909990570720
1032	Fluticasoni propionas	Flixonase, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	poj. 10 ml (120 dawek)	05909990933839
1033	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621
1034	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720
1035	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522
1036	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829
1037	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	120 daw.	05909990851423
1038	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	60 daw.	05909990851416
1039	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	120 daw.	05909990851522
1040	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	60 daw.	05909990851515
1041	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317
1042	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401771
1043	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401788
1044	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg	120 szt.	05909990938001
1045	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858
1046	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 szt.	05909990938025
1047	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889
1048	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931
1049	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955
1050	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991442064
1051	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915
1052	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870
1053	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523
1054	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887
1055	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530
1056	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894
1057	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547
1058	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447557
1059	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447595
1060	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447632
1061	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670
1062	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687
1063	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732
1064	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749
1065	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756
1066	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763
1067	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1068	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770
1069	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 120 dawek	05909991403959
1070	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 inhalator 120 dawek	05909991403966
1071	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 inhalator 120 dawek	05909991403898
1072	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626
1073	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657
1074	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900
1075	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924
1076	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931
1077	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014
1078	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113
1079	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918
1080	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422
1081	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521
1082	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620
1083	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991078980
1084	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991079055
1085	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477585
1086	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477592
1087	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, proszek do inhalacji, podzielony, 50+25 µg/dawkę	1 poj. 120 dawek	05909991477578
1088	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990347827
1089	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909990347728
1090	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990792924
1091	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	180 szt.	07613421020934
1092	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 kaps.	05909990937981
1093	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990975914
1094	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777
1095	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400
1096	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	120 szt.	05909991218287
1097	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	180 szt.	05909991218294
1098	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446
1099	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219
1100	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318
1101	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990996681
1102	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 kaps.	05909990849000
1103	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215
1104	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1105	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235
1106	Furazidinum	Furazek, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991304102
1107	Furosemidum	Furosemid Medreg, tabl., 40 mg	30 szt.	08595566451974
1108	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 x 10)	05909990223794
1109	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028
1110	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909991331108
1111	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991331153
1112	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991331207
1113	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990339495
1114	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990339709
1115	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991425340
1116	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990339600
1117	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 600 mg	100 szt.	05909990338542
1118	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 800 mg	100 szt.	05909990338658
1119	Gabapentinum	Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990769216
1120	Gabapentinum	Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990769315
1121	Gabapentinum	Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990769414
1122	Gabapentinum	Neurontin 600, tabl. powl., 600 mg	100 szt.	05909991017422
1123	Gabapentinum	Neurontin 800, tabl. powl., 800 mg	100 szt.	05909991017521
1124	Gentamicinum	Gentamicin WZF 0,3%, krople do oczu, roztwór, 3 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990092413
1125	Glucagoni hydrochloridum	GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05909990693313
1126	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311
1127	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412
1128	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319
1129	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017
1130	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617
1131	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140
1132	Hydrocortizoni acetatas	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	05909990950317
1133	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 szt. (1 but.)	05909990836758
1134	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927
1135	Ibuprofenum	Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg	60 szt.	05909990853540
1136	Icatibantum	Firazyr, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909990740635
1137	Icatibantum	Icatibant Accord, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05055565774410
1138	Icatibantum	Icatibant Fresenius, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991485870
1139	Icatibantum	Icatibant Medical Valley, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991484712
1140	Icatibantum	Icatibant Zentiva, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991469306
1141	Icatibantum	Ikatybant Ranbaxy, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991474461

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1142	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+127,5 mg	30 szt.	07613421045531
1143	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+260 mg	30 szt.	07613421045548
1144	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+62,5 mg	30 szt.	07613421045524
1145	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
1146	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
1147	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059
1148	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298
1149	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	10 wstrzykiwaczy 3 ml SoloStar	05909991429171
1150	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915
1151	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981
1152	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814
1153	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991369668
1154	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	10 wkł.po 3 ml	05712249124441
1155	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml Penfill	05909991371562
1156	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909990005741
1157	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982
1158	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkladów po 3 ml	05909990895717
1159	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555
1160	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483
1161	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575
1162	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197
1163	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920
1164	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958566
1165	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853113
1166	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958573
1167	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853311
1168	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958580
1169	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853519
1170	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958597
1171	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852413
1172	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958603
1173	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852116
1174	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014
1175	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717
1176	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011
1177	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923
1178	Insulinum humanum	Insuman Basal, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672448

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1179	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323
1180	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121
1181	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921
1182	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027
1183	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126
1184	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324
1185	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525
1186	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822
1187	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010
1188	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614
1189	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422
1190	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553
1191	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123
1192	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165
1193	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536
1194	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909991185879
1195	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019
1196	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114
1197	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236
1198	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990858262
1199	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	4 szt.	05909990858255
1200	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990004331
1201	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909990004317
1202	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909991053826
1203	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909991053819
1204	Kalii chloridum	Kalipoz prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 391 mg	60 szt.	05909990257539
1205	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, granulat musujący, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz.po 3 g	05909990269310
1206	Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum	Citrolyt, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g	220 g	05909990210817
1207	Ketoprofenum	Bi-Profenid, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990412112
1208	Ketoprofenum	Febrofen, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	20 szt.	05909990413317
1209	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	30 szt.	05909991436056
1210	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	60 szt.	05904055005070
1211	Ketoprofenum	Ketonal Duo, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909990064694
1212	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990046485
1213	Ketoprofenum	Ketoprofen-SF, kaps. twarde, 100 mg	20 szt.	05909990794553
1214	Ketoprofenum	Profenid, czopki, 100 mg	10 szt.	05909990098514
1215	Ketoprofenum	Profenid, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990760718

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1216	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990675593
1217	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991494551
1218	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05909991494582
1219	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05909991494612
1220	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05909991494506
1221	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 100 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743331
1222	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 150 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743348
1223	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 200 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743355
1224	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 50 mg	14 tabl. w blistrze	05055565743324
1225	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05902020241591
1226	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05902020241607
1227	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05902020241614
1228	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05902020241584
1229	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 100 mg	56 tabl.	04260598450540
1230	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 150 mg	56 tabl.	04260598450557
1231	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 200 mg	56 tabl.	04260598450564
1232	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 50 mg	14 tabl.	04260598450533
1233	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991358358
1234	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05909991358365
1235	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05909991358372
1236	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05909991358341
1237	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 100 mg	56 tabl.	05909991384234
1238	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 150 mg	56 tabl.	05909991384241
1239	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 200 mg	56 tabl.	05909991384258
1240	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 50 mg	14 tabl.	05909991384197
1241	Lacosamidum	Vimpat, syrop, 10 mg/ml	200 ml (but.)	05909990935505
1242	Lamotriginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766
1243	Lamotriginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759
1244	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480
1245	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991496296
1246	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319
1247	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210
1248	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318
1249	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325
1250	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617
1251	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092
1252	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1253	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518
1254	Lamotriginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616
1255	Lamotriginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418
1256	Lamotriginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517
1257	Lansoprazolum	Lanzul S, kaps., 15 mg	28 szt.	05909990869817
1258	Lansoprazolum	Lanzul, kaps., 30 mg	28 szt.	05909990727032
1259	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 15 mg	28 szt.	05909990064045
1260	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 30 mg	28 szt.	05909990064076
1261	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990995479
1262	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991189792
1263	Latanoprostum	Latalux, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990813582
1264	Latanoprostum	Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990931873
1265	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	30 poj.	05909991019693
1266	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	90 szt.	05909991019709
1267	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991102883
1268	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991102890
1269	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/1 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990841448
1270	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05900411001298
1271	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909990411825
1272	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml (0,005%)	2,5 ml (but.)	05909990411818
1273	Latanoprostum	Xalofree, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 7,5 ml	05900257102555
1274	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 szt.	05909991220365
1275	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991220396
1276	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	2,5 ml (but.)	05909990741311
1277	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060601673
1278	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991429249
1279	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991429256
1280	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990879687
1281	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05906414000948
1282	Latanoprostum + Timololum	Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991306649
1283	Latanoprostum + Timololum	Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml	2,5 ml	05909990946587
1284	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	2,5 ml (but.)	05909991057213
1285	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05415062343609
1286	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990894543
1287	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060606630
1288	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 10 mg	30 tabl. (but.)	05909990977826
1289	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05901878600482

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1290	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05903792743399
1291	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (but.)	05909990977925
1292	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991309138
1293	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991309145
1294	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	04037353010604
1295	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	04037353015388
1296	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	04037353010628
1297	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990858651
1298	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149
1299	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990928248
1300	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990928200
1301	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990928224
1302	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990928231
1303	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml + 1 strzykawka 10 ml	05909990006755
1304	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990989805
1305	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990989379
1306	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991374501
1307	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990921751
1308	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990921737
1309	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990921492
1310	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990921591
1311	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990921577
1312	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990921652
1313	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522
1314	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676
1315	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990971305
1316	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990970957
1317	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990971060
1318	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990971183
1319	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml (but.)	05909990958672
1320	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990959167
1321	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990959129
1322	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990959037
1323	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990958986
1324	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	05909990958894
1325	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990958856
1326	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990998357

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1327	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990998302
1328	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990998135
1329	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990998203
1330	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990998180
1331	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	05909990998272
1332	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990998258
1333	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909991032043
1334	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909991031992
1335	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909991031497
1336	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909991031640
1337	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909991031602
1338	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909991031886
1339	Levetiracetamum	Trund, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml ze strz.po 10 ml i łącznikiem	05909990925841
1340	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990925957
1341	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990925940
1342	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990925858
1343	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990925889
1344	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990925872
1345	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990925926
1346	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny , 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901
1347	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895
1348	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990936250
1349	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990935956
1350	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990936052
1351	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990936151
1352	Levocetirizine	Zyx, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05907695215014
1353	Levocetirizini dihydrochloridum	Alergimed, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	08595566452292
1354	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	20 szt.	05909990656929
1355	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990656936
1356	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990656943
1357	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991192600
1358	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991462475
1359	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 tabl.	05909991449186
1360	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990904099
1361	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990904129
1362	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05906414000726
1363	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05906414000733

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1364	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990790807
1365	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05902020241133
1366	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05902020241140
1367	Levocetirizini dihydrochloridum	Nossin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991060589
1368	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990619627
1369	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909991358105
1370	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909991376550
1371	Levocetirizini dihydrochloridum	Zenaro, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990781720
1372	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990765034
1373	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05907695215267
1374	Levomepromazinum	Tisercin, tabl. powl., 25 mg	50 szt.	05909990193912
1375	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991439705
1376	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991439699
1377	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991439729
1378	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991439712
1379	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991439743
1380	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991439736
1381	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991439750
1382	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991439774
1383	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991439682
1384	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991439675
1385	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991431914
1386	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991431907
1387	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991431891
1388	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991431884
1389	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426
1390	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419
1391	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006
1392	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525
1393	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518
1394	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037
1395	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624
1396	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617
1397	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716
1398	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815
1399	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129
1400	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1401	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228
1402	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211
1403	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327
1404	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310
1405	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986
1406	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910
1407	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307
1408	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610
1409	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014
1410	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260
1411	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991013417
1412	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991013516
1413	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991357337
1414	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991365691
1415	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991477790
1416	Lisinoprilum	LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991013318
1417	Lisinoprilum	Lisinoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990939817
1418	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990939916
1419	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991427160
1420	Lisinoprilum	Lisinoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990939718
1421	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990682447
1422	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990682461
1423	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990682409
1424	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991133122
1425	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991133023
1426	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991132927
1427	Lithii carbonas	Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg	60 szt.	05909990148714
1428	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220
1429	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990739233
1430	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990223343
1431	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990223350
1432	Loratadinum	Flonidan, zawiesina doustna, 1 mg/ml	120 ml	05909990739318
1433	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990795420
1434	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990670253
1435	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990670260
1436	Loratadinum	Loratan, kaps. miękkie, 10 mg	30 szt.	05909990909049
1437	Loratadinum	Loratan, syrop, 5 mg/5 ml	125 ml	05909990839018

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1438	Losartan potassium	Losacor, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991055110
1439	Losartanum	Cozaar, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990674411
1440	Losartanum kalicum	Cozaar, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073428
1441	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990638659
1442	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990818914
1443	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990649112
1444	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	05909990649129
1445	Losartanum kalicum	Losartan Genoptim, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991296940
1446	Losartanum kalicum	Losartan KRKA, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990956654
1447	Losartanum kalicum	Losartic, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990621439
1448	Losartanum kalicum	Lozap 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990573905
1449	Losartanum kalicum	Presartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990724345
1450	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990481118
1451	Lovastatin	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315
1452	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159
1453	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 18,5 mg	28 szt.	05909991108670
1454	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 37 mg	28 szt.	05909991108762
1455	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 74 mg	28 szt.	05909991108878
1456	Mazipredonum + Miconazoli nitras	Mycosolon, maść, 20+2,5 mg/g	15 g	05909990129812
1457	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909990250615
1458	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909991509101
1459	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909997217963
1460	Meloxicam	Aspicam, tabl., 15 mg	60 szt.	05907695215168
1461	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990224883
1462	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990610006
1463	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990997527
1464	Meloxicamum	Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05909991228262
1465	Meloxicamum	Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	30 szt.	05909991228279
1466	Meloxicamum	Meloxistad, tabl. powl., 15 mg	10 szt.	05909990431151
1467	Meloxicamum	Meloxistad, tabl. powl., 15 mg	20 szt.	05909990431168
1468	Meloxicamum	Movalis, tabl., 15 mg	10 szt.	05909990464425
1469	Meloxicamum	Movalis, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990464418
1470	Meloxicamum	Opokan forte, tabl., 15 mg	10 szt.	05909990612406
1471	Meloxicamum	Opokan forte, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990612420
1472	Meloxicamum	Remolexam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909991343354
1473	Meloxicamum	Trosicam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05909990866625
1474	Melphalanum	Alkeran, tabl.powl., 2 mg	25 szt.	05909990283514

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1475	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112
1476	Mesalazinum	Asamax 250, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991083816
1477	Mesalazinum	Asamax 250, tabl. dojel., 250 mg	100 szt.	05909991084011
1478	Mesalazinum	Asamax 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991083915
1479	Mesalazinum	Asamax 500, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991084110
1480	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	14 szt.	05907529109908
1481	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	15 szt.	05907529110003
1482	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	28 szt.	05907529110010
1483	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	05907529110027
1484	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991074012
1485	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	05907529109809
1486	Mesalazinum	Pentasa, czopki, 1 g	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990656813
1487	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	50 sasz.po 2 g granulatu	05909990855315
1488	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 2 g	60 sasz.	05909990974184
1489	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 4 g	30 sasz.	05909991273989
1490	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	60 szt.	05909990974375
1491	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990662111
1492	Mesalazinum	Pentasa, zawiesina doodbytnicza, 1 g/100 ml	7 butelek po 100 ml	05909990818815
1493	Mesalazinum	Salaza, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909991433857
1494	Mesalazinum	Salaza, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991448554
1495	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 1000 mg	100 szt.	05909991449964
1496	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991418847
1497	Mesalazinum	Salofalk 1 g, czopki, 1 g	30 szt.	05909990806430
1498	Mesalazinum	Salofalk 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909990422227
1499	Mesalazinum	Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990400119
1500	Mesalazinum	Salofalk, zawiesina doodbytnicza, 4 g/60 ml	7 but.po 60 ml	05909990970117
1501	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991395322
1502	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991395339
1503	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991395278
1504	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991395247
1505	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991395254
1506	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991395261
1507	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991395285
1508	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991395292
1509	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990765423
1510	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990765430
1511	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05903792661600

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1512	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990765379
1513	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990765386
1514	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05903792661563
1515	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990765393
1516	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990765409
1517	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05903792661587
1518	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991454722
1519	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991454654
1520	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991454708
1521	Metformini hydrochloridum	Etform 500, tabl. powl., 500 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990698141
1522	Metformini hydrochloridum	Etform 500, tabl. powl., 500 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990698172
1523	Metformini hydrochloridum	Etform 850, tabl. powl., 850 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990698257
1524	Metformini hydrochloridum	Etform 850, tabl. powl., 850 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990698271
1525	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	07613421049331
1526	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt	07613421049317
1527	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	07613421049324
1528	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	07613421049270
1529	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt	07613421049256
1530	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	07613421049263
1531	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	07613421049300
1532	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt	07613421049287
1533	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	07613421049294
1534	Metformini hydrochloridum	Etform, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991352417
1535	Metformini hydrochloridum	Etform, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991352400
1536	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05903060614444
1537	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990078974
1538	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990078981
1539	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990078998
1540	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05903060614406
1541	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990078943
1542	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990078950
1543	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909990078967
1544	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05903060614420
1545	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990079001
1546	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990079025
1547	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05909990079032
1548	Metformini hydrochloridum	Glucophage 1000 mg, tabl. powl., 1000 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990717248

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1549	Metformini hydrochloridum	Glucophage 500 mg, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990789276
1550	Metformini hydrochloridum	Glucophage 850 mg, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990789290
1551	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909990864461
1552	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990624751
1553	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990624768
1554	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909990213429
1555	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909990213436
1556	Metformini hydrochloridum	Glucophage, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990789306
1557	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991415624
1558	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991415631
1559	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991415648
1560	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991415372
1561	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909991415303
1562	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991415310
1563	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909991415327
1564	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909991415334
1565	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909991415341
1566	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05909991415358
1567	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991252069
1568	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991425845
1569	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990053056
1570	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990933181
1571	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991425821
1572	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990933198
1573	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909991425838
1574	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316
1575	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253
1576	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718
1577	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260
1578	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277
1579	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991404918
1580	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991404925
1581	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990652112
1582	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990933167
1583	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909990933174
1584	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991404895
1585	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991404901

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1586	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990705894
1587	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990705474
1588	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990705726
1589	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991196110
1590	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991195977
1591	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991196042
1592	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909990221028
1593	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990220984
1594	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990220991
1595	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990221004
1596	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909990457236
1597	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990457212
1598	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990457229
1599	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	04013054024331
1600	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05909990457335
1601	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990457311
1602	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990457328
1603	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	04013054024348
1604	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	05909991394585
1605	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991394554
1606	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991394462
1607	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991394431
1608	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	05909991394516
1609	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991394486
1610	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991271756
1611	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt	05909991271763
1612	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991271695
1613	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt	05909991271701
1614	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991271732
1615	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt	05909991271749
1616	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt	05909991453558
1617	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991453572
1618	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt	05909991453497
1619	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991453473
1620	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt	05909991453510
1621	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991453534
1622	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991488413

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1623	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909991488345
1624	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991488376
1625	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909991488390
1626	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909991488161
1627	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909991488086
1628	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991488116
1629	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909991488147
1630	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05909991488291
1631	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909991488215
1632	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909991488253
1633	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05909991488277
1634	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	05907626701852
1635	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	05907626701869
1636	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05907626701920
1637	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	05907626702040
1638	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1 ml	05909990735242
1639	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	05909990735273
1640	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	05909990735303
1641	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	05909990791286
1642	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791347
1643	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,25 ml	05909990922741
1644	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791392
1645	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,35 ml	05909990922758
1646	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791477
1647	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,45 ml	05909990922765
1648	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990791521
1649	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,55 ml	05909990922772
1650	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990928125
1651	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 15 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346867
1652	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346928
1653	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346980
1654	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991347048
1655	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730881
1656	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730911
1657	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	05055565730959
1658	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730966
1659	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	05055565731000

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1660	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731024
1661	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	05055565731062
1662	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731079
1663	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731116
1664	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730898
1665	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730928
1666	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730973
1667	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731031
1668	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731086
1669	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731123
1670	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730904
1671	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730935
1672	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730980
1673	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731048
1674	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731093
1675	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731130
1676	Methotrexatum	Methotrexat-Ebewe, tabl., 5 mg	50 szt.	05909990453825
1677	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05909991252724
1678	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05909991252762
1679	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05909991252809
1680	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05909991252847
1681	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05909991252700
1682	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 10 mg	100 szt.	05909991303617
1683	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 10 mg	100 szt.	06432100058607
1684	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 2,5 mg	100 szt.	05909991303570
1685	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	12 amp.-strz.	05995327187068
1686	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05995327187051
1687	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 12,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187099
1688	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 12,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187082
1689	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	12 amp.-strz.	05995327187129
1690	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05995327187112
1691	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 17,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187150
1692	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 17,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187143
1693	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	12 amp.-strz.	05995327187181
1694	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05995327187174
1695	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	12 amp.-strz.	05995327187242
1696	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05995327187235

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1697	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg	12 amp.-strz.	05995327187303
1698	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg	4 amp.-strz.	05995327187297
1699	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187037
1700	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187020
1701	Methylphenidati hydrochloridum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 18 mg	30 szt.	05909990655021
1702	Methylphenidati hydrochloridum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 36 mg	30 szt.	05909990655038
1703	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990652198
1704	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990652204
1705	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990652181
1706	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 10 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 10 mg	30 szt.	05909990652235
1707	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 20 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 20 mg	30 szt.	05909990652242
1708	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 30 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 30 mg	30 szt.	05909990652259
1709	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 40 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 40 mg	30 szt.	05909990652266
1710	Methylprednisoloni acetas	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814
1711	Methylprednisoloni acetas + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312
1712	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990683215
1713	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990683123
1714	Methylprednisolonum	Meprelon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/infuzji, 1000 mg	1 fiol. + 1 amp.	05909990939220
1715	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539
1716	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501
1717	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464
1718	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618
1719	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519
1720	Methylprednisolonum	Solu-Medrol, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 mg	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp.	05909990236718
1721	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529
1722	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420
1723	Metoprololi tartras	Metoprolol Medreg, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	08595566452483
1724	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991120948
1725	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991120962
1726	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991121051
1727	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991379391
1728	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	03830044949655
1729	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990883813
1730	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909990764242
1731	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991064525
1732	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157716
1733	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 30 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157822

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1734	Mianserinum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	20 szt.	05909991124311
1735	Mianserinum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990796618
1736	Mianserinum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990796625
1737	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 10 mg/2ml	4 amp.-strzyk. po 2 ml	05909991449599
1738	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 2,5 mg/0,5 ml	4 amp.-strzyk. 0,5 ml	05909991449568
1739	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 5 mg/1 ml	4 amp.-strzyk. po 1 ml	05909991449575
1740	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 7,5 mg/1,5 ml	4 amp.-strzyk. po 1,5 ml	05909991449582
1741	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 10 mg/2ml	4 amp.-strzyk. po 2 ml	05909991500269
1742	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 2,5 mg/0,5 ml	4 amp.-strzyk. po 0,5 ml	05909991500207
1743	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 5 mg/1 ml	4 amp.-strzyk. po 1 ml	05909991500221
1744	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 7,5 mg/1,5 ml	4 amp.-strzyk. po 1,5 ml	05909991500245
1745	mieszanki alergoidów pyłku roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975419
1746	Mometasoni fuoras	Momester, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but. po 140 dawek	05909991195366
1747	Mometasoni furoas	Elitasone, maść, 1 mg/g	50 g	05906071039657
1748	Mometasoni furoas	Metmin, aerozol do nosa, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991141004
1749	Mometasoni furoas	Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g	50 g	05909991097059
1750	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	100 g	05909991236199
1751	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	50 g	05909991137441
1752	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	100 ml	05909991296384
1753	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	50 ml	05909991087982
1754	Mometasoni furoas	Nasometin, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę odmierzoną	1 but.po 18 g	05909991031275
1755	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991099688
1756	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 but.po 140 daw.	05909991099695
1757	Montelukastum	Asmenol, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990670758
1758	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758
1759	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772
1760	Montelukastum	Astmodil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990881734
1761	Montelukastum	Astmodil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991422462
1762	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144
1763	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120
1764	Montelukastum	Milukante, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990668137
1765	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685
1766	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647
1767	Montelukastum	Monkasta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671243
1768	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990871858
1769	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991329235
1770	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1771	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767
1772	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990780266
1773	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991457013
1774	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991472023
1775	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907626703481
1776	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991472030
1777	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188
1778	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263
1779	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294
1780	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671090
1781	Montelukastum	Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990671052
1782	Montelukastum	Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990671076
1783	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263
1784	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270
1785	Montelukastum	Romilast, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991007300
1786	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827
1787	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121
1788	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220
1789	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926
1790	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022
1791	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919
1792	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015
1793	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237
1794	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534
1795	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633
1796	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336
1797	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435
1798	Morphini sulfas	Oramorph, krople doustne, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 20 ml	05909991436902
1799	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990336425
1800	Mycophenolas mofetil	CellCept, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990707614
1801	Mycophenolas mofetil	CellCept, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 1 g/5 ml	110 g (175 ml)	05909990980918
1802	Mycophenolas mofetil	CellCept, tabl., 500 mg	50 szt.	05909990707515
1803	Mycophenolas mofetil	Mycofit, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990754472
1804	Mycophenolas mofetil	Mycofit, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990750993
1805	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 250 mg kapsułki twarde, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990074563
1806	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 500 mg	50 szt. (blister)	05909990715268
1807	Mycophenolas mofetil	Myfenax, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990638185

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1808	Mycophenolas mofetil	Myfenax, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990638208
1809	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621
1810	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821
1811	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720
1812	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920
1813	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 9500 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990075829
1814	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932
1815	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038
1816	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 19000 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990837137
1817	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg	60 szt.	05909991054991
1818	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg	60 szt.	05909991055066
1819	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	30 szt.	05909990661404
1820	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	90 szt.	05909990661435
1821	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990661442
1822	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991040529
1823	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991040536
1824	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	15 szt.	05909990644179
1825	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990644186
1826	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991390099
1827	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 500 mg	30 szt.	05909991390143
1828	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 250 mg	10 szt.	05909990914319
1829	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 500 mg	10 szt.	05909990914418
1830	Naproxenum	Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg	20 szt.	05909990466818
1831	Naproxenum	Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990860685
1832	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	20 szt.	05909990615438
1833	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	60 szt.	05909990948536
1834	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	20 szt.	05909990624515
1835	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	60 szt.	05909990948543
1836	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	10 szt.	05909991023782
1837	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	20 szt.	05909991023799
1838	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	30 szt.	05909991023805
1839	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	60 szt.	05909991023836
1840	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt.	05909990042371
1841	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990042364
1842	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166
1843	Natrii valproas	Convulex, syrop, 50 mg/ml	1 but.po 100 ml	05909990023912
1844	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
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1845	Natrii valproas	ValproLEK 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909990619658
1846	Natrii valproas	ValproLEK 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990619672
1847	Nimesulidum	Aulin, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz. po 2 g	05909990411436
1848	Nimesulidum	Aulin, tabl., 100 mg	15 szt.	05909990411320
1849	Nimesulidum	Aulin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990411337
1850	Nimesulidum	Nimesil, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz.po 2 g	05909991040338
1851	Octreotidum	Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909991416461
1852	Octreotidum	Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909991416485
1853	Octreotidum	Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909991416508
1854	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459711
1855	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459612
1856	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459513
1857	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913
1858	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715
1859	Olanzapina	Olanzin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991369781
1860	Olanzapina	Olanzin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991369743
1861	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990806799
1862	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990806843
1863	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990806881
1864	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990806751
1865	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990824106
1866	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991461294
1867	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991480592
1868	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990827343
1869	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991461300
1870	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991480622
1871	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990824076
1872	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991095666
1873	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990697649
1874	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990697526
1875	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991136475
1876	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991136499
1877	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991136512
1878	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991136451
1879	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**
1880	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg	30 szt.	05901720140067
1881	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990793365
1882	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg	98 szt.	05909991230593
1883	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990793341
1884	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg	98 szt.	05909991230586
1885	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990793389
1886	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	98 szt.	05909991230616
1887	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990793402
1888	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	98 szt.	05909991230609
1889	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990865956
1890	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990866021
1891	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990865901
1892	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990763467
1893	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990763481
1894	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990763498
1895	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990763443
1896	Olanzapinum	Olanzapine Mylan, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05901878600451
1897	Olanzapinum	Olanzapine Mylan, tabl. powl., 10 mg	98 szt.	05902020926870
1898	Olanzapinum	Olanzaran, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990767052
1899	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990766901
1900	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990766895
1901	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990637218
1902	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990637126
1903	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990782260
1904	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 tabl.	05909991094539
1905	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990925186
1906	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990782253
1907	Olanzapinum	Olazax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990782246
1908	Olanzapinum	Olazax, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990782239
1909	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990781805
1910	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990781782
1911	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	112 szt.	05909991231910
1912	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	120 szt.	05909991144265
1913	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990335367
1914	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990422241
1915	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990335374
1916	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990422258

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1917	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991066000
1918	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	112 szt.	05909991231927
1919	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05909991144258
1920	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990335343
1921	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990422265
1922	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909990335350
1923	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990422272
1924	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991065942
1925	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990640287
1926	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991081911
1927	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991081812
1928	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990069866
1929	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	70 szt.	05909990069897
1930	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990069958
1931	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	70 szt.	05909990069989
1932	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990070008
1933	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	70 szt.	05909990070046
1934	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990069705
1935	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	70 szt.	05909990069750
1936	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05901878600123
1937	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05903792743061
1938	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991444570
1939	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	05909990069361
1940	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05901878600826
1941	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05903792743078
1942	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	05909990069293
1943	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716
1944	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518
1945	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7,5 mg	30 szt.	05909991064617
1946	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	120 szt.	05906414000610
1947	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990917013
1948	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991191184
1949	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05906414002737
1950	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05906414002744
1951	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05906414002751
1952	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05906414002768
1953	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05906414000603

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1954	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990916917
1955	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991191177
1956	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	05906414000696
1957	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990775682
1958	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414000665
1959	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	05906414000702
1960	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990775712
1961	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414000672
1962	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	05906414000719
1963	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990775729
1964	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	05906414000689
1965	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	05906414000658
1966	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990775675
1967	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	05906414000641
1968	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990892129
1969	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05909990892143
1970	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990892150
1971	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05909990892174
1972	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990892303
1973	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	05909990892341
1974	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990892082
1975	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	05909990892105
1976	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991097011
1977	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05903060609709
1978	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05909990849581
1979	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05903060609716
1980	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990849635
1981	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05903060609723
1982	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991096816
1983	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05903060609693
1984	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990914647
1985	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990914654
1986	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990914661
1987	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990914630
1988	Omeprazolum	Agastin 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990068425
1989	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991140779
1990	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	56 szt.	05909991140809

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1991	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990880225
1992	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420537
1993	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	56 szt.	05909990420544
1994	Omeprazolum	Goprazol 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990077663
1995	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	14 szt. (but. 20 ml)	05909990420612
1996	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420629
1997	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	90 szt.	05909990422654
1998	Omeprazolum	Helicid Forte, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990921324
1999	Omeprazolum	Heligen Neo, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991274467
2000	Omeprazolum	Heligen Neo, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991274511
2001	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991271442
2002	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990668779
2003	Omeprazolum	Polprazol PPH, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990077731
2004	Omeprazolum	Polprazol, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990772667
2005	Omeprazolum	Prazol, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990772933
2006	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991272753
2007	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991272739
2008	Omeprazolum	Progastim, kaps. dojel., 20 mg	1 but.po 28 szt.	05909990635450
2009	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990796298
2010	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990796359
2011	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990796533
2012	Ondansetronum	Atossa, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990744510
2013	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	10 szt.	05909990777044
2014	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg	10 szt.	05909990777150
2015	Ondansetronum	Setronon, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990994717
2016	Ondansetronum	Zofran Zydis, liofilizat doustny, 8 mg	10 szt.	05909990888016
2017	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 4 mg	10 szt.	05909990001811
2018	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990001910
2019	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 150 mg	50 szt.	05909990048809
2020	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990048823
2021	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990048854
2022	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480
2023	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497
2024	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990825615
2025	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990825714
2026	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115
2027	Oxybutynini hydrochloridum	Driptane, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990783816

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2028	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991427184
2029	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991427191
2030	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	100 szt.	05909990940769
2031	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	100 szt.	05909990941247
2032	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	100 szt.	05909990941407
2033	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	100 szt.	05909990941568
2034	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943
2035	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001
2036	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025
2037	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905
2038	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049
2039	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643
2040	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780
2041	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038
2042	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469
2043	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182
2044	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 tabl.	05909991184827
2045	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 tabl.	05909991184865
2046	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 tabl.	05909991184902
2047	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 tabl.	05909991184742
2048	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 tabl.	05909991184940
2049	Pancreatinum	Lipancrea 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. Lipazy	60 szt.	05909990723164
2050	Pantoprazolum	Anesteloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990621040
2051	Pantoprazolum	Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990621026
2052	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909991128814
2053	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909991128418
2054	Pantoprazolum	Contix, tabl. powl., 20 mg	112 szt.	05909991246525
2055	Pantoprazolum	Contix, tabl. powl., 40 mg	112 szt.	05909991246532
2056	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990478767
2057	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990478774
2058	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990689842
2059	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990689859
2060	Pantoprazolum	Gerdin 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991245399
2061	Pantoprazolum	Gerdin 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991245337
2062	Pantoprazolum	IPP 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990085033
2063	Pantoprazolum	IPP 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990082643
2064	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645640

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2065	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645732
2066	Pantoprazolum	Nolpaza 20 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990075003
2067	Pantoprazolum	Nolpaza 20, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990075041
2068	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990075089
2069	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909990075126
2070	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	28 szt.	05909991448967
2071	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	28 szt.	05909991459789
2072	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05909991448974
2073	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05909991459796
2074	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 20 mg	90 szt.	05909990845521
2075	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 40 mg	90 szt.	05909990845552
2076	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990892761
2077	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991186371
2078	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990892853
2079	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909991186418
2080	Pantoprazolum	Pamyl 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991046897
2081	Pantoprazolum	Pamyl 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991046941
2082	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990817184
2083	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990817320
2084	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990698974
2085	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990698981
2086	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990699209
2087	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990793907
2088	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990794188
2089	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991139759
2090	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991035631
2091	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05907553017927
2092	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05907553017934
2093	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990652334
2094	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990652372
2095	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05909991069681
2096	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990730100
2097	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990730179
2098	Penicillaminum	Cuprenil, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909990126217
2099	Perazinum	Perazin 100 mg, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990858514
2100	Perazinum	Perazin 200 mg, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991033453
2101	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990858415

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2102	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990914838
2103	Perazinum	Perazin 50 mg, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991033422
2104	Perazinum	Pernazinum, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990199518
2105	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990202614
2106	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	60 szt.	05906745439141
2107	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990812615
2108	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614
2109	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 j.m.	30 szt.	05909990071029
2110	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	150 ml	05909990363223
2111	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 j.m.	12 szt.	05909990070916
2112	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 j.m.	30 szt.	05909990070923
2113	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 j.m.	12 szt.	05909990071012
2114	Phenoxymetylopenicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 125 ml	05904016013205
2115	Phenoxymetylopenicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 60 ml	05904016013212
2116	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990093519
2117	Phytomenadionum (vit. K1)	Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg	30 szt.	05909990772810
2118	Pilocarpini hydrochloridum	Pilocarpinum WZF 2%, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990237524
2119	pojedyncze alergoidy pyłków roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 500 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975310
2120	Posaconazolum	Posaconazole AHCL, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05055565754351
2121	Posaconazolum	Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	08595112678152
2122	Posaconazolum	Posaconazole Mylan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05901797710743
2123	Posaconazolum	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562
2124	Posaconazolum	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059
2125	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946
2126	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712
2127	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416
2128	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312
2129	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411
2130	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192
2131	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185
2132	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	14 szt.	05909990009350
2133	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05903792743252
2134	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05909990009367
2135	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	14 szt.	05909990009282
2136	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	56 szt.	05909990009299
2137	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg	56 szt.	05901878600550
2138	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 75 mg	56 szt.	05901878600543

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2139	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991378295
2140	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg	60 szt.	05909991378226
2141	Pregabalinum	Preato, tabl., 100 mg	56 szt.	05909991400460
2142	Pregabalinum	Preato, tabl., 150 mg	56 szt.	05909991400477
2143	Pregabalinum	Preato, tabl., 200 mg	56 szt.	05909991400484
2144	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991421236
2145	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991400453
2146	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 150 mg	70 szt.	05907626705072
2147	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 75 mg	70 szt.	05907626704839
2148	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355
2149	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207
2150	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231
2151	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238
2152	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380
2153	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991401450
2154	Propafenoni hydrochloridum	Polfenon, tabl. powl., 150 mg	20 szt.	05909990034123
2155	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powl., 10 mg	50 szt.	05909991033507
2156	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powl., 40 mg	50 szt.	05909991033590
2157	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111
2158	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210
2159	Pyrazinamidum	Pyrazinamid Farmapol, tabl., 500 mg	250 szt.	05909990263516
2160	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421
2161	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powl., 100 mg	60 tabl.	05909990910762
2162	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powl., 200 mg	60 tabl.	05909990910779
2163	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powl., 25 mg	30 tabl.	05909990897780
2164	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991326319
2165	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991326371
2166	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991326432
2167	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990719853
2168	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990720163
2169	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990719389
2170	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990720309
2171	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990806362
2172	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990806386
2173	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990806355
2174	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990722365
2175	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990722426

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2176	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990722327
2177	Quetiapinum	Ketilept 100 mg, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990055562
2178	Quetiapinum	Ketilept 200 mg, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990055593
2179	Quetiapinum	Ketilept 25 mg, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990055531
2180	Quetiapinum	Ketilept 300 mg, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990055630
2181	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991219420
2182	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219468
2183	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219505
2184	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991219543
2185	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991219383
2186	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	100 szt.	05909990058785
2187	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990058778
2188	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990081233
2189	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	100 szt.	05909990058761
2190	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990058754
2191	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990081196
2192	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 25 mg	100 szt.	05909990058808
2193	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990779062
2194	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990430857
2195	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990430888
2196	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990430840
2197	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219901
2198	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219963
2199	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991220020
2200	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909991219758
2201	Quetiapinum	Kventiax 100 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990074143
2202	Quetiapinum	Kventiax 200 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990074235
2203	Quetiapinum	Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990074068
2204	Quetiapinum	Kventiax 300 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990074280
2205	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991205591
2206	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991205676
2207	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991205737
2208	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991380922
2209	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991255367
2210	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05906414000894
2211	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990965373
2212	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909990965403

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2213	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909990965441
2214	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990965335
2215	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990688234
2216	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	05909990688272
2217	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990688296
2218	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990688241
2219	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990688265
2220	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909991498870
2221	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909991498887
2222	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909991498856
2223	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990788590
2224	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990788651
2225	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990788583
2226	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990788675
2227	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990736393
2228	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990736461
2229	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990736492
2230	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991087180
2231	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991087258
2232	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991087005
2233	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991165710
2234	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991125516
2235	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991125615
2236	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990953882
2237	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991125417
2238	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990571468
2239	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991308971
2240	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991340766
2241	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990571475
2242	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990571499
2243	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990571505
2244	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991326012
2245	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991325954
2246	Ramiprilum	Axtil, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990337989
2247	Ramiprilum	Axtil, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990337958
2248	Ramiprilum	Axtil, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990337972
2249	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990661756

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2250	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991344603
2251	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991477813
2252	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabletki, 10 mg	30 szt.	05909991369910
2253	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990212170
2254	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990212248
2255	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991338268
2256	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991479305
2257	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabletki, 5 mg	30 szt.	05909991369903
2258	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655
2259	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631
2260	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653
2261	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990924608
2262	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646
2263	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991093334
2264	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 2,5 mg	28 szt.	05909991093280
2265	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991093303
2266	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991316655
2267	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991316464
2268	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990916016
2269	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991401566
2270	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991411640
2271	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427153
2272	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447540
2273	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991452100
2274	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991458348
2275	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991463403
2276	Ramiprilum	Tritace 2,5, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990478217
2277	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990478316
2278	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480448
2279	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480523
2280	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991482398
2281	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427276
2282	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447939
2283	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991461973
2284	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990610532
2285	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991004392
2286	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990610440

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2287	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	90 szt.	05909991004378
2288	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991427252
2289	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991447953
2290	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991461959
2291	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990610495
2292	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	90 szt.	05909991004385
2293	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990085019
2294	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990084913
2295	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	05909990086115
2296	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	05909990086214
2297	Risperidonum	Orizon, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. 100 ml	05909990690138
2298	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990831258
2299	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 1 mg	60 szt.	05909990831265
2300	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 2 mg	60 szt.	05909990831272
2301	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 3 mg	60 szt.	05909990831289
2302	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 4 mg	60 szt.	05909990831296
2303	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990044481
2304	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990044344
2305	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990044252
2306	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990044146
2307	Risperidonum	Risperidone Teva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 25 mg	1 zestaw	05909991457952
2308	Risperidonum	Risperidone Teva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	1 zestaw	05909991457921
2309	Risperidonum	Risperidone Teva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	1 zestaw	05909991457891
2310	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990336524
2311	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 1 mg	60 szt.	05909990336548
2312	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990336487
2313	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 2 mg	60 szt.	05909990336500
2314	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990336555
2315	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 3 mg	60 szt.	05909990336579
2316	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990336586
2317	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 4 mg	60 szt.	05909990336609
2318	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
2319	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2320	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
2321	Risperidonum	Rispolept, roztwór doustny, 1 mg/ml	100 ml	05909990423828
2322	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990670413
2323	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990670512
2324	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990670611
2325	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990670710
2326	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990567683
2327	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990567737
2328	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990567935
2329	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990568031
2330	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	20 szt.	05909990034932
2331	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	50 szt.	05909990680849
2332	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	20 szt.	05909990034994
2333	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	50 szt.	05909990680863
2334	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991425883
2335	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991425906
2336	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991425920
2337	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991422875
2338	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991021184
2339	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991021337
2340	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991021375
2341	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991000141
2342	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991375799
2343	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991000158
2344	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991476984
2345	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991496579
2346	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991375812
2347	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991496586
2348	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991509415
2349	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991000165
2350	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991000103
2351	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991375775
2352	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990919604
2353	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05909991435950
2354	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990919659
2355	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 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**
2356	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990919673
2357	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990919574
2358	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991085674
2359	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991085698
2360	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991085759
2361	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909991085773
2362	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991085841
2363	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909991085865
2364	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991085599
2365	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991085636
2366	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991475079
2367	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991475086
2368	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991475093
2369	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991475062
2370	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990895250
2371	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990895304
2372	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909990895380
2373	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05909990895403
2374	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05909990895458
2375	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990895533
2376	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990895588
2377	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909990895663
2378	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05909990895687
2379	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	90 szt.	05909990895724
2380	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990895786
2381	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990895892
2382	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990895106
2383	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990895182
2384	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990791743
2385	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 10 mg	84 szt.	05909990791781
2386	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990791873
2387	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 20 mg	84 szt.	05909990791927
2388	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990792009
2389	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 40 mg	84 szt.	05909990792061
2390	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990791606
2391	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990802623
2392	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 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**
2393	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991333959
2394	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05909991333973
2395	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990802685
2396	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909990802708
2397	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909991334062
2398	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05909991334086
2399	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990802753
2400	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909990802777
2401	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990802562
2402	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909990802586
2403	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990777785
2404	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05997001369333
2405	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05909991347079
2406	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990777839
2407	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05997001369340
2408	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 30 mg	90 szt.	05909991347109
2409	Rosuvastatinum	Zaranta, tabletki powlekane, 40 mg	28 szt.	05909990777853
2410	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powl., 100 mg	10 szt.	05909990847914
2411	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powl., 150 mg	10 szt.	05909990848010
2412	Rupatadinum	Rupaller, tabl., 10 mg	100 szt.	05909991429881
2413	Salbutamolum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065
2414	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991106928
2415	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991107826
2416	Salbutamolum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516
2417	Salbutamolum	Ventolin, aerozol wziewny, zawiesina, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990442010
2418	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713
2419	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991109424
2420	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	90 szt.	05909991109431
2421	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390
2422	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825
2423	Salmeterolum	Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	1 szt. (1 szt.po 120 daw.)	05909990623099
2424	Sertraline	Asertin 100, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990422685
2425	Sertraline	Asertin 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990422692
2426	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991355739
2427	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991355654
2428	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990963317
2429	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991483807

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2430	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990963218
2431	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990804368
2432	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990804344
2433	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991279615
2434	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991279622
2435	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	84 szt.	05909991279660
2436	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991279516
2437	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991279523
2438	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	84 szt.	05909991279561
2439	Sertralinum	Sertagen, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990046621
2440	Sertralinum	Sertagen, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990046690
2441	Sertralinum	Sertralina KRKA, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990919987
2442	Sertralinum	Sertralina KRKA, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990919888
2443	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990663163
2444	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990663040
2445	Sertralinum	Setaloft 100 mg, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990571963
2446	Sertralinum	Setaloft 50 mg, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990571925
2447	Sertralinum	Stimuloton, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990994816
2448	Sertralinum	Zoloft, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990753215
2449	Sertralinum	Zoloft, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990753116
2450	Sertralinum	Zotral, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990569472
2451	Sertralinum	Zotral, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990013982
2452	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990618279
2453	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990618286
2454	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990618293
2455	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990649532
2456	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990649655
2457	Simvastatinum	Simratio 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991019723
2458	Simvastatinum	Simratio 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991019822
2459	Simvastatinum	Simratio 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991019945
2460	Simvastatinum	Simvacard 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990940110
2461	Simvastatinum	Simvacard 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990940219
2462	Simvastatinum	Simvacard 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990940318
2463	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990941025
2464	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990941124
2465	Simvastatinum	Simvagen 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990743650
2466	Simvastatinum	Simvagen 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990743667

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2467	Simvastatinum	SimvaHEXAL 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990623273
2468	Simvastatinum	SimvaHEXAL 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990623297
2469	Simvastatinum	SimvaHEXAL 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990623334
2470	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990731565
2471	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990731671
2472	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990723591
2473	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990723812
2474	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990723829
2475	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990724031
2476	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990927616
2477	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990927715
2478	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990927838
2479	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990914012
2480	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990914111
2481	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990982714
2482	Simvastatinum	Vastan, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991073114
2483	Simvastatinum	Vastan, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991073213
2484	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990935116
2485	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990055722
2486	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990935215
2487	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990935314
2488	Simvastatinum	Zocor 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990365913
2489	Simvastatinum	Zocor 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990366026
2490	Simvastatinum	Zocor 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990769124
2491	Sirolimusum	Rapamune, roztwór doustny, 1 mg/ml	60 ml	05909990893645
2492	Sirolimusum	Rapamune, tabl. draż., 1 mg	30 szt.	05909990985210
2493	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powl., 1,5 mln j.m.	16 szt.	05909990098613
2494	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powl., 3 mln j.m.	10 szt.	05909990692118
2495	Spironolactonum	Finospir, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990965977
2496	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990965861
2497	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990965854
2498	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	100 szt.	05909990965885
2499	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990965878
2500	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powl., 100 mg	20 szt.	05909990673124
2501	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991244651
2502	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909991244668
2503	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2504	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216
2505	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 100 mg	30 szt.	05909990488513
2506	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 50 mg	30 szt.	05909990488414
2507	Spironolactonum	Verospiron, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990117215
2508	Standaryzowany wyciąg alergenowy roztoczy kurzu domowego (Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farina)	Acarizax, liofilizat doustny, 12 SQ-HDM	30 szt.	05909991257521
2509	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 250 mg	60 szt.	05909990017232
2510	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 500 mg	60 szt.	05909990017263
2511	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg	60 sasz.	05909990017294
2512	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg	60 sasz.	05909990017331
2513	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990312719
2514	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, syrop, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990312610
2515	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990276219
2516	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt.	05909990117529
2517	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990117611
2518	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990117710
2519	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990117819
2520	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423
2521	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990864416
2522	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323
2523	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316
2524	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990283217
2525	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg	24 szt.	05909991380410
2526	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991380465
2527	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg	24 szt.	05909991380373
2528	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg	24 szt.	05909990159314
2529	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg	24 szt.	05909990159512
2530	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990159437
2531	Szczepionka przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego [typy 16 i 18] (rekombinowana, z adiuwantem, adsorbowana)	Cervarix, zawiesina do wstrzykiwań, 20+20 µg	1 amp.-strz.	05909990064748
2532	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990051052
2533	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 1 mg	30 szt.	05909990051076
2534	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	30 szt.	05909990699957
2535	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 5 mg	30 szt.	05909990051137
2536	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990783489
2537	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990783571
2538	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990783533

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2539	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 0,5 mg	30 szt.	07613421037024
2540	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 1 mg	30 szt.	07613421037000
2541	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 2 mg	30 szt.	07613421037048
2542	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 3 mg	30 szt.	07613421037031
2543	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 5 mg	30 szt.	07613421037017
2544	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,75 mg	30 szt.	05909991192709
2545	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	30 szt.	05909991192730
2546	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	90 szt.	05909991192754
2547	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909991192761
2548	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909991148713
2549	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990447213
2550	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990447312
2551	Tafluprostum	Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml	1 but.po 3 ml	05909991372927
2552	Tafluprostum + Timololum	Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml	30 poj. jednodawkowych 0,3 ml	05909991220327
2553	Telmisartan	Telmix, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990974887
2554	Telmisartan	Telmix, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990974993
2555	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990891832
2556	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990891863
2557	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990440825
2558	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670
2559	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700
2560	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991060220
2561	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991060268
2562	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991391713
2563	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991391720
2564	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991036768
2565	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991036867
2566	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991229801
2567	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991461355
2568	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991388003
2569	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991388034
2570	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991018429
2571	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991018436
2572	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863
2573	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979
2574	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990902002
2575	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**
2576	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990818082
2577	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991423551
2578	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991453060
2579	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991086626
2580	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991423568
2581	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991453077
2582	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990818150
2583	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991423575
2584	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991453299
2585	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991086633
2586	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991423582
2587	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991453305
2588	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	28 szt.	05909997077604
2589	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 szt.	05909997077628
2590	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	05909997077635
2591	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05901878600901
2592	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05903792743566
2593	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05909997077673
2594	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	30 szt.	05903792743580
2595	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05901878600864
2596	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05903792743542
2597	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05909997077697
2598	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05901878600871
2599	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05903792743559
2600	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05909997077703
2601	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990840472
2602	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990840489
2603	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990840557
2604	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990840564
2605	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990941841
2606	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990941926
2607	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990621057
2608	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990621064
2609	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990419043
2610	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990419050
2611	Terbinafinum	Zelefion, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990645503
2612	Theophylline	Theospirex retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990803910

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2613	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 200 mg	30 szt.	09120099670104
2614	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 300 mg	30 szt.	09120099670111
2615	Theophyllinum	Theospirex retard 300 mg, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990261215
2616	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powl., 6,5 mg	50 szt.	05909990242511
2617	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 10 mg	50 szt.	05909990058839
2618	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909990058846
2619	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 5 mg	50 szt.	05909990058822
2620	Tianeptinum	Atinepte, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt.	05909990997152
2621	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg	30 szt.	05909991267131
2622	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg	30 szt.	05909991290016
2623	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990370214
2624	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt.	05909990875245
2625	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powl., 12,5 mg	90 szt.	05909991201821
2626	Timololum	Cusimolol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990187713
2627	Timololum	Oftensin, krople do oczu, roztwór, 2,5 mg/ml	5 ml	05909990073610
2628	Timololum	Oftensin, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	5 ml	05909990073719
2629	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214
2630	Tizanidinum	Sirdalud MR, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 6 mg	30 szt.	05909990671410
2631	Tizanidinum	Tizanor, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990784486
2632	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990649594
2633	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05909990649617
2634	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909990649556
2635	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990649570
2636	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990061495
2637	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05909990061464
2638	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909990061488
2639	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990061471
2640	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990715169
2641	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 25 mg	60 szt.	05909990715084
2642	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909990715145
2643	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 100 mg	1 but.po 28 szt.	05909990759019
2644	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 200 mg	1 but.po 28 szt.	05909990759118
2645	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 25 mg	1 but.po 28 szt.	05909990758814
2646	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 50 mg	1 but.po 28 szt.	05909990758913
2647	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 100 mg	30 szt. (blister)	05909990671496
2648	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990671502
2649	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 25 mg	30 szt. (blister)	05909990671472

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2650	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990671489
2651	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990967612
2652	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990967629
2653	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990967636
2654	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990967711
2655	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990967728
2656	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990967735
2657	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990967810
2658	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990967827
2659	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990967834
2660	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718
2661	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012
2662	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029
2663	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300
2664	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819
2665	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol SYNTEZA, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619
2666	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol SYNTEZA, krople doustne, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718
2667	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990786213
2668	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990786220
2669	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990786237
2670	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990786312
2671	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990786329
2672	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991480691
2673	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990786336
2674	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909991480707
2675	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990786411
2676	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990786428
2677	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990786435
2678	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	05909990780303
2679	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990780334
2680	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	05909990780341
2681	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990253616
2682	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990253913
2683	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml z pompką	05909990253920
2684	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990253814
2685	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990253821
2686	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2687	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923
2688	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595
2689	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930
2690	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794
2691	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243
2692	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763
2693	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287
2694	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294
2695	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300
2696	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076
2697	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991482060
2698	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991482077
2699	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984
2700	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991
2701	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004
2702	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472
2703	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	08595566452230
2704	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	08595566452247
2705	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	08595566452254
2706	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563
2707	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457
2708	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488
2709	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735
2710	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742
2711	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759
2712	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766
2713	Travoprostum	Travatan, krople do oczu, roztwór, 0,04 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990942619
2714	Travoprostum	Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909991197629
2715	Travoprostum	Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 poj.a 2,5 ml	05909991321949
2716	Travoprostum	Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	3 poj.a 2,5 ml	05909991321956
2717	Travoprostum + Timololum	DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990586172
2718	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991347802
2719	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909991347819
2720	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	4 but.a 2,5 ml	05909991347826
2721	Travoprostum + Timololum	Travoprost + Timolol Medical Valley, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991447106
2722	Travoprostum + Timololum	Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991350420
2723	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990918720

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2724	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990715497
2725	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990918621
2726	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991094645
2727	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991094799
2728	Triamcinolonum	Polcortolon, tabl., 4 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990915446
2729	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125524
2730	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125623
2731	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
2732	Valganciclovirum	Valcyte, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 50 mg/ml	1 but.po 12 g	05902768001082
2733	Valganciclovirum	Valhit, tabl. powl., 450 mg	60 szt.	05909991284381
2734	Valsartanum	AuroValsart, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909991345815
2735	Valsartanum	AuroValsart, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991345785
2736	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990773763
2737	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990773695
2738	Valsartanum	Bespres, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990751877
2739	Valsartanum	Bespres, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990751594
2740	Valsartanum	Diovan, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990929214
2741	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990831067
2742	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 160 mg	56 szt.	05909990831081
2743	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909990831159
2744	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990830961
2745	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 80 mg	56 szt.	05909990830985
2746	Valsartanum	Tensart, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990682065
2747	Valsartanum	Tensart, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990681877
2748	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074969
2749	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	60 szt.	05909990818983
2750	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	90 szt.	05909990818990
2751	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909990779147
2752	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909991455798
2753	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909991460914
2754	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	30 szt.	05909991483036
2755	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074945
2756	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	60 szt.	05909990818853
2757	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	90 szt.	05909990818860
2758	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909991282608
2759	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991282455

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2760	Valsartanum	Valtap, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990804580
2761	Valsartanum	Valtap, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990804542
2762	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330
2763	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286
2764	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990827480
2765	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990827459
2766	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991197735
2767	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	60 szt.	05909991197728
2768	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990047956
2769	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991383886
2770	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991394400
2771	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990047901
2772	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990047895
2773	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991383978
2774	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991394318
2775	Venlafaxinum	Alventa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991453879
2776	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660650
2777	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660636
2778	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660643
2779	Venlafaxinum	Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990494019
2780	Venlafaxinum	Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990493913
2781	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990715374
2782	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990715299
2783	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990715350
2784	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990721528
2785	Venlafaxinum	Faxigen XL 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990721498
2786	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990721504
2787	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990691883
2788	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990691760
2789	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990691906
2790	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991377168
2791	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991377502
2792	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991377359
2793	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990795826
2794	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	98 szt.	05909990795833
2795	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 225 mg	28 szt.	05909991481711
2796	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990795802

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2797	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	98 szt.	05909990795819
2798	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990795789
2799	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	98 szt.	05909990795796
2800	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990727520
2801	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990727490
2802	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990727506
2803	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991092030
2804	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991091996
2805	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991135096
2806	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990056293
2807	Venlafaxinum	Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990055982
2808	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990056279
2809	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990767625
2810	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990767601
2811	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990424672
2812	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt.	05909990040971
2813	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990040995
2814	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powl., 120 mg	20 szt.	05909990045419
2815	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powl., 40 mg	20 szt.	05909990045211
2816	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powl., 80 mg	20 szt.	05909990045310
2817	Vigabatrinum	Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712
2818	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990312818
2819	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	05909991063177
2820	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05055565731536
2821	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 3 mg	100 szt.	05909990622368
2822	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990622382
2823	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
2824	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	2 fiol.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909990766871
2825	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 80 mg	56 szt.	05909990681228
2826	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990189212
2827	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990189229
2828	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909990126729
2829	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powl., 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 2022 r. poz. 2561 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	Acarbosum	Adeksa, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990893423
2	Acarbosum	Adeksa, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990893386
3	Acebutololum	Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990109920
4	Acenocoumarolum	Acenocumarol 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. powl., 200 mg	30 szt.	05909990840014
12	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990840113
13	Aciclovirum	Heviran, tabl. powl., 800 mg	30 szt.	05909990840229
14	Acidum alendronicum	Alendran 70, tabl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909990072156
15	Acidum alendronicum	Alendrogen, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990623112
16	Acidum alendronicum	Alendronat Bluefish, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990737673
17	Acidum alendronicum	Ostemax 70 comfort, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991081713
18	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991087418
19	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	6 szt.	05909991087425
20	Acidum alendronicum	Ostolek, tabl. powl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909991032517
21	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990109319
22	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990109210
23	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 180 mg	120 szt.	05909991227272
24	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 360 mg	120 szt.	05909991227319
25	Acidum ursodeoxycholicum	Proursan, kaps., 250 mg	90 szt.	05909991203924
26	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741
27	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675
28	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223
29	Acidum ursodeoxycholicum	Ursoxyn, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909991325794
30	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	05909990244317
31	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	05909990244416
32	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	05909990023813
33	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt. (blist.)	05909990694327
34	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt. (blist.)	05909990694426

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
35	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991229610
36	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991210328
37	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	05909990425693
38	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg	30 sasz.po 3030 mg	05909990425754
39	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg	30 sasz.po 758 mg	05909990425709
40	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	05909990425730
41	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747
42	Acidum zoledronicum	Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	05909991228392
43	Acidum zoledronicum	Zerlinda, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 worek po 100 ml	05909991103163
44	Acidum zoledronicum	Zoledronic acid Actavis, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	4 fiol. (5 ml)	05909990975747
45	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Noridem, koncetrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05208063003388
46	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990948994
47	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	100 szt.	05909990907755
48	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909990907731
49	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	100 szt.	05909990907786
50	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909990907762
51	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	100 szt.	05909990697021
52	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	30 szt.	05909990854462
53	Acitretinum	Neotigason, kaps., 25 mg	100 szt.	05909990696925
54	Adrenalinum	Adrenalina WZF, roztwór do wstrzykiwań, 300 µg/0,3 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909991069711
55	Agomelatinum	Agolek, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991388768
56	Agomelatinum	Agomelatine +pharma, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05901720140494
57	Agomelatinum	Agomelatine Adamed, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991387266
58	Agomelatinum	Agomelatine G.L. Pharma, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	09008732009293
59	Agomelatinum	Agomelatyna Egis, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05995327174952
60	Agomelatinum	Lamegom, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	03838989699352
61	Agomelatinum	Sedival, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991419172
62	Agomelatinum	Symago, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991391423
63	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
64	Alfuzosini hydrochloridum	Alfabax, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990746576
65	Alfuzosini hydrochloridum	Alfurion, tabl. o przedł. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909991291945
66	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz SR 5, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	20 szt.	05909990812714
67	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz Uno, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (blister)	05909990837816
68	Allopurinolum	Allupol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990109418
69	Allopurinolum	Allupol, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991316228
70	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	100 szt.	05907626706529

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
71	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	50 szt.	05907626706505
72	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	30 szt	05907626706604
73	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	100 szt.	05907626706628
74	Allopurinolum	Milurit, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990163212
75	Allopurinolum	Milurit, tabl., 300 mg	30 szt.	05909990414819
76	Amantadini hydrochloridum	Viregyt-K, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990320912
77	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid mite, tabl., 2,5+25 mg	50 tabl.	05909990373819
78	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid, tabl., 5+50 mg	50 tabl.	05909990206025
79	Amiodaroni hydrochloridum	Opacorden, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990086818
80	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991412876
81	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991412883
82	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991412906
83	Amisulpridum	Amisan , tabl., 200 mg	60 szt.	05909990762972
84	Amisulpridum	Amisan , tabl., 50 mg	60 szt.	05909990762880
85	Amisulpridum	Amisan, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990762996
86	Amisulpridum	Amisan, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990762965
87	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991348649
88	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991348557
89	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990840915
90	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990841011
91	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991471248
92	Amisulpridum	Solian, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990840816
93	Amisulpridum	Solian, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991452261
94	Amisulpridum	Solian, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991466114
95	Amisulpridum	Symamis, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991410773
96	Amisulpridum	Symamis, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991410803
97	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991322885
98	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991322816
99	Amlodipinum	Adipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990642267
100	Amlodipinum	Adipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990642311
101	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991099022
102	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991067540
103	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991436636
104	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991098926
105	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067533
106	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991436759
107	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
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., 10 mg	60 szt.	05909991068097
111	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991067977
112	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067991
113	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990800551
114	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990800469
115	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990842698
116	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990842476
117	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990048977
118	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991361020
119	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991464462
120	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991478148
121	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511449
122	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990048939
123	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991361013
124	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817
125	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718
126	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990907519
127	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990907311
128	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990907410
129	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990993116
130	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990993017
131	Amlodipinum	Tenox, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990963119
132	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	90 szt.	05909990421824
133	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990963010
134	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991042912
135	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990621217
136	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powl., 10+160 mg	28 szt.	05909991342920
137	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powl., 5+160 mg	28 szt.	05909991342838
138	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powl., 5+80 mg	28 szt.	05909991342746
139	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 10+160 mg	28 szt.	05907626708288
140	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 10+160 mg	56 szt.	05907626709384
141	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+160 mg	28 szt.	05907626708257
142	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+160 mg	56 szt.	05907626709377
143	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+80 mg	28 szt.	05907626708226
144	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+80 mg	56 szt.	05907626709360

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
145	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powl., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	05907626709339
146	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powl., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	07613421033347
147	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powl., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	07613421033330
148	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powl., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708610
149	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powl., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	03838989708634
150	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powl., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708627
151	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 1 g	16 szt.	05909991043728
152	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089146
153	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 500 mg	16 szt.	05909991043520
154	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 500 mg	20 szt.	05909991089122
155	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 750 mg	16 szt.	05909991043629
156	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 750 mg	20 szt.	05909991089139
157	Amoxicillinum	Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	60 ml	05909990794379
158	Amoxicillinum	Amotaks, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991298258
159	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990691517
160	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	20 szt.	05909991089108
161	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt.	05909990691319
162	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089153
163	Amoxicillinum	Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 1000 mg	16 szt.	05909991373139
164	Amoxicillinum	Hiconcil, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990066117
165	Amoxicillinum	Hiconcil, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	100 ml	05909990083619
166	Amoxicillinum	Ospamox 1000 mg, tabl. powl., 1000 mg	20 szt.	05909990778041
167	Amoxicillinum	Ospamox 500 mg, tabl. powl., 500 mg	20 szt.	05909990788453
168	Amoxicillinum	Ospamox 750 mg, tabl. powl., 750 mg	20 szt.	05909990788477
169	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990781874
170	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but. 60 ml	05907626702361
171	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powl., 1000 mg	16 szt.	05909990293322
172	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909990293124
173	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powl., 750 mg	16 szt.	05909990293223
174	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	07613421046941
175	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	07613421046934
176	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 1000 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 875+125 mg	14 szt.	05909990649747
177	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 625 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 500+125 mg	14 szt.	05909990646906
178	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	35 ml (8,75 g)	05909990894819
179	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (17,5 g)	05909990894826

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
180	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (35 g)	05909990894833
181	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990081912
182	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990411115
183	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991012960
184	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991243319
185	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991250324
186	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991449544
187	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909991284220
188	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991284237
189	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH Extra, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05909991343279
190	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (but.)	05909991343262
191	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (but.)	05909991343255
192	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 875+125 mg	14 sasz.	05903060615908
193	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05903060615922
194	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05903060615953
195	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	50 ml	05909990614288
196	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05909990614318
197	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 250+125 mg	21 szt.	05909990064120
198	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990368235
199	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909997199702
200	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990717521
201	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909997198385
202	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909997217345
203	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991209483
204	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909997230542
205	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991248949
206	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991093990
207	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990744848
208	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (14 g)	05909991233846
209	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909991233525
210	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991233624
211	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991441517
212	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991444440
213	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Polamoklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991392772
214	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991042073
215	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05909991042080
216	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991474027

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
217	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05909991474034
218	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990793587
219	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml	05909990793594
220	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990793600
221	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg	21 szt.	05909990430611
222	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990430628
223	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991087715
224	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powl., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444
225	Amoxicillinum trihydricum + Kalii clavulonas	Amoxicillin + Clavulanic Acid Aurovitas, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991395759
226	Anastrozolum	Anastrozol Bluefish, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990802432
227	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990082162
228	Anastrozolum	Apo-Nastrol, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990802050
229	Anastrozolum	Arimidex, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990756711
230	Anastrozolum	Atrozol, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909991090029
231	Anastrozolum	Egistrozol, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990082148
232	Anastrozolum	Egistrozol, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909991453695
233	Anastrozolum	Egistrozol, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909991464288
234	Apixabanum	Eliquis, tabl. powl., 2,5 mg	20 szt.	05909990861040
235	Apixabanum	Eliquis, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991019396
236	Aprepitantum	Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991400576
237	Aprepitantum	Aprepitant Mylan, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991352547
238	Aprepitantum	Aprepitant Sandoz, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991360818
239	Aprepitantum	Aprepitant Stada, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991412715
240	Aprepitantum	Emend, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	5909990007387
241	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 10 mg	56 szt.	05038256002573
242	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05909990002306
243	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05903792743535
244	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05903792743528
245	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05901878600888
246	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05901878600895
247	Aripiprazolum	Abilify, tabletki, 15 mg	56 szt.	05909990002337
248	Aripiprazolum	Abilify, tabletki, 30 mg	56 szt.	05909990002382
249	Aripiprazolum	Apiprax, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991279691
250	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	56 szt.	05906414001730
251	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	84 szt.	05906414001747
252	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	28 szt.	05906414001068
253	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	56 szt.	05906414001754

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
254	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	84 szt.	05906414001761
255	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	28 szt.	05906414001075
256	Aripiprazolum	Apra, tabl., 30 mg	28 szt.	05906414001082
257	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05906414001020
258	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05906414001648
259	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414001655
260	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05906414001037
261	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05906414001662
262	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414001679
263	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 30 mg	28 szt.	05906414001044
264	Aripiprazolum	Aribit ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991251475
265	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 10 mg	56 szt.	05907529463284
266	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	28 szt.	05907529463314
267	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	56 szt.	05907529463338
268	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 30 mg	56 szt.	05907529463383
269	Aripiprazolum	Aricogan, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991265526
270	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991232733
271	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991232832
272	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991232856
273	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	90 szt.	05909991232887
274	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	60 szt.	05909991232863
275	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	30 szt.	05909991232849
276	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991232931
277	Aripiprazolum	Aripiprazole +pharma, tabl., 15 mg	30 szt.	05901720140241
278	Aripiprazolum	Aripiprazole Aurovitas, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt. (w blistrach perforowanych)	05909991270223
279	Aripiprazolum	Aripiprazole Aurovitas, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991339951
280	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991263850
281	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg	28 szt.	05907626705690
282	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg	56 szt.	05907626705713
283	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg	28 szt.	05907626705836
284	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg	56 szt.	05907626705850
285	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991404659
286	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991404666
287	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991404673
288	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991404680
289	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991404710
290	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991404727

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
291	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991404635
292	Aripiprazolum	Arpixor, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991404642
293	Aripiprazolum	Arypiprazol Glenmark, tabl., 15 mg	28 szt.	05902020241447
294	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991205225
295	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991205256
296	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991205324
297	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991205355
298	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991205423
299	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229733
300	Aripiprazolum	Asduter, tabletki, 10 mg	28 szt.	05909991229696
301	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991236953
302	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991236946
303	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991124618
304	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907695215137
305	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05907695215359
306	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991124717
307	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05907695215144
308	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05907695215366
309	Atorvastatin	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991124816
310	Atorvastatin	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05907695215151
311	Atorvastatin	Atrox 40, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05907695215373
312	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990787586
313	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990787609
314	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990787647
315	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990336647
316	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990991815
317	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990419173
318	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990991914
319	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909991013806
320	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909990885282
321	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 30 mg	60 szt.	05909990885299
322	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990623464
323	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990623488
324	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990623471
325	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909990885336
326	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990885374
327	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (butelka)	05909990938926

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	Atorvagen, tabl. powl., 40 mg	30 szt. (butelka)	05909990938995
329	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991321710
330	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg	30 szt.	05909991321611
331	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg	90 szt.	05909991321659
332	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991382896
333	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991382902
334	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	07311920002252
335	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991382919
336	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991382926
337	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	07311920002276
338	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	07311920002269
339	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991382933
340	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991382940
341	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990900053
342	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990899920
343	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990899951
344	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990899975
345	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990900275
346	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990900336
347	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990900305
348	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990900459
349	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991501655
350	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991501662
351	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991444686
352	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991444730
353	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991444792
354	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991444853
355	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990077847
356	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990077939
357	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990078028
358	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991041298
359	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990573400
360	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990573530
361	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990573547
362	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991479992
363	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991011383
364	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990905508

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
365	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990905553
366	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990905539
367	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990905638
368	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990905652
369	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990905676
370	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990905782
371	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990905867
372	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990905805
373	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991042097
374	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991042103
375	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991415976
376	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909991042134
377	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991419042
378	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909991042141
379	Atorvastatinum	Torvacard 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990338290
380	Atorvastatinum	Torvacard 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990338368
381	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990338436
382	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990338443
383	Atorvastatinum	Torvacard, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990957071
384	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990810161
385	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990810178
386	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990810185
387	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powl., 80 mg	30 szt.	05909990810208
388	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990998814
389	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990998821
390	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990998838
391	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990998913
392	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990998920
393	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990998937
394	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powl., 30 mg	60 szt.	05909991403935
395	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991403911
396	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991403997
397	Atropini sulfas	Atropinum sulfuricum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	5 ml	05909990243112
398	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819
399	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826
400	Azathioprinum	Imuran, tabl. powl., 50 mg	100 szt.	05909990277810
401	Azithromycinum	Azibiot, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991054816

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
402	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909991034412
403	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991035518
404	Azithromycinum	Azithromycin Genoptim, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990969876
405	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909990573738
406	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909997214023
407	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909997223537
408	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990573752
409	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909997214030
410	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909997223551
411	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635320
412	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635337
413	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990635344
414	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 37,5 ml	05907626702682
415	Azithromycinum	Azitrox 500, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991087319
416	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	20 ml	05909990073566
417	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	30 ml	05909990073573
418	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powl., 250 mg	6 szt.	05909991098421
419	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909991098520
420	Azithromycinum	Macromax, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990713608
421	Azithromycinum	Nobaxin, tabl. powl., 500 mg	2 szt. (w blistrze)	05909991108830
422	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742219
423	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990742226
424	Azithromycinum	Sumamed, kaps. twarde, 250 mg	6 szt.	05909990742318
425	Azithromycinum	Sumamed, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742110
426	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powl., 125 mg	6 szt.	05909990846214
427	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powl., 500 mg	3 szt.	05909990742417
428	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909990058747
429	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronium	Trimbow, aerozol inh., roztwór, 87+5+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. a 180 daw.	08025153008156
430	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Airiam, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05909991503505
431	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	08025153006800
432	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	poj.po 180 daw.	05909990054152
433	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	2 inh.po 180 daw.	08025153003205
434	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	1 inh.po 180 daw.	08025153003144
435	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909991245696
436	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990118915
437	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990119011
438	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990118816

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
439	Benzathini phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	60 ml	05909990363216
440	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 50 ml	05909991254988
441	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 100 ml	05909991254995
442	Betamethasoni dipropionas + Betamethasoni natrii phosphas	Diprophos, zawiesina do wstrzykiwań, 6,43+2,63 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990121625
443	Betamethasonum + Acidum salicylicum	Belosalic, płyn na skórę, (0,5 + 20) mg/g	1 butelka 100 ml	05909991187682
444	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	5 ml	05909990186518
445	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	10 ml	05909990186525
446	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991097066
447	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991097073
448	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991335670
449	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991335663
450	Bimatoprostum	Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990008469
451	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 butelka po 3 ml	05909991310769
452	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 butelki po 3 ml	05909991310776
453	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991376772
454	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991376789
455	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991422363
456	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991422356
457	Bimatoprostum + Timololum	Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990574315
458	Biperideni hydrochloridum	Akineton SR 4 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990884216
459	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909990193219
460	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909991265762
461	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909991447311
462	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991066529
463	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991066420
464	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991197049
465	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991197056
466	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991197070
467	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991197063
468	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991152017
469	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991151911
470	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991015114
471	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991015015
472	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990633852
473	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990633869
474	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990633791
475	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990633807

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
476	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991097523
477	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991097554
478	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991097448
479	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991097400
480	Brimonidini tartras	Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml	05909990865024
481	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990874194
482	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000900
483	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991379483
484	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991379490
485	Brimonidini tartras	Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml (but.)	05909990974641
486	Brimonidini tartras	Luxfen, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909990677733
487	Brimonidini tartras + Timololum	Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990570546
488	Brinzolamidum	Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990869114
489	Brinzolamidum	Brinzolamide Genoptim, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991250386
490	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991223571
491	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991223588
492	Brivaracetamum	Briviact, roztwór doustny, 10 mg/ml	300 ml	05909991272234
493	Brivaracetamum	Briviact, tabl. powl., 50 mg	56 szt.	05909991272333
494	Bromocriptinum	Bromocorn, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990211913
495	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144
496	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151
497	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629
498	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650
499	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698
500	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337354
501	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337323
502	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337286
503	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793
504	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991204082
505	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809
506	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991203986
507	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335169
508	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335176
509	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522
510	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539
511	Budesonidum	CortimentMMX, tabl. o przedł. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
512	Budesonidum	Entocort, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	100 szt.	05909990430314
513	Budesonidum	Jorveza, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	90 szt.	04032717994439
514	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg	60 szt.	05909990926213
515	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg	60 szt.	05909990926312
516	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925
517	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696
518	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733
519	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313
520	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412
521	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445615
522	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445714
523	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445813
524	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099
525	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991269784
526	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 dawek	07613421020866
527	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	07613421047047
528	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476
529	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458
530	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625
531	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg	1 inhalator (120 dawek)	05909991136932
532	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg	1 inhalator (60 dawek)	05909991136963
533	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620971
534	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	2 inh.po 60 daw.	05903060620988
535	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620995
536	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074
537	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241
538	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886
539	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05000456011648
540	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg	60 szt. - blister	05909991235635
541	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg	30 szt. - blister	05909991235642
542	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056
543	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087
544	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131
545	Buprenorphinum	Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966127
546	Buprenorphinum	Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966226
547	Buprenorphinum	Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966325
548	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990073603

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
549	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909997201450
550	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909997213538
551	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990073597
552	Busulfanum	Myleran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990277919
553	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05901549565249
554	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05901549565256
555	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	05909990979738
556	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05909990948376
557	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909990948383
558	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	03830070472080
559	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	03830070472097
560	Calcipotriolum + Betamethasonum	Enstilar, piana na skórę, (50 µg+0,5 mg)/g	60 g	05909991283599
561	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	05909991409999
562	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909991441029
563	Calcitriolum	Detriol, kaps. miękkie, 0,25 µg	90 szt.	05907464420816
564	Calcitriolum	Detriol, kaps. miękkie, 0,5 µg	90 szt.	05907464420823
565	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991433109
566	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991453398
567	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991466602
568	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991474119
569	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991470005
570	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991499655
571	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990937172
572	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990937196
573	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991453329
574	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991453336
575	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991455057
576	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991455064
577	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991454890
578	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991454883
579	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991496456
580	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991496463
581	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990937264
582	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991453367
583	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991455118
584	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991454777
585	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991448912

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
586	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990937080
587	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990937103
588	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabletki, 32 mg	30 szt.	05909991438876
589	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990962945
590	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990962839
591	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990772193
592	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991475680
593	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991475697
594	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991475925
595	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991475932
596	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475758
597	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475505
598	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990772162
599	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	30 szt.	05909991475666
600	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	60 szt.	05909991475673
601	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	60 szt.	05909991475499
602	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	30 szt.	05909991475482
603	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990801350
604	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990801367
605	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	03838989720544
606	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991367732
607	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991367510
608	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	90 szt.	05906414002171
609	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	30 szt.	05906414002140
610	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	90 szt.	05906414002119
611	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	30 szt.	05906414002089
612	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	90 szt.	05906414002058
613	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	30 szt.	05906414002027
614	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	90 szt.	05906414001990
615	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	30 szt.	05906414001969
616	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	05909991191832
617	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991418076
618	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991191764
619	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	30 szt.	05909991450014
620	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990957255
621	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990957279
622	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991421649

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
623	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909991421656
624	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990957170
625	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990957194
626	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991432300
627	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909991455378
628	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991455361
629	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991432324
630	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	30 szt.	05909991436667
631	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991464011
632	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991428112
633	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991434977
634	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991463908
635	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990739653
636	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990739707
637	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990739592
638	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	56 tabl.	05909990772209
639	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 32 mg	28 tabl.	05909990772230
640	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	56 tabl.	05909990772179
641	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990800629
642	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991063702
643	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991064051
644	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990800360
645	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991415907
646	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabletki, 32+12,5 mg	28 szt.	05909991057596
647	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabletki, 32+25 mg	28 szt.	05909991058609
648	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990865185
649	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909990865222
650	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 32+25 mg	28 szt.	05909990865260
651	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990865147
652	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990865178
653	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	84 szt.	05909991136840
654	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990865130
655	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	84 szt.	05909991136833
656	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910
657	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315
658	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216
659	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
660	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117
661	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515
662	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614
663	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215
664	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116
665	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917
666	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924
667	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909991337056
668	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909991337155
669	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909991337230
670	Carvedilolum	Atram 12,5, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990570430
671	Carvedilolum	Atram 25, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990570409
672	Carvedilolum	Atram 6,25, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990570454
673	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt.	05909990074099
674	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990074129
675	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 6,25 mg	30 szt.	05909990074051
676	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990727148
677	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990727193
678	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990727100
679	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909991017019
680	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118
681	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909991016814
682	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909991016913
683	Carvedilolum	Coryol 12,5 mg, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990216505
684	Carvedilolum	Coryol 25 mg, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990216567
685	Carvedilolum	Coryol 3,125 mg, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909990216604
686	Carvedilolum	Coryol, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990983315
687	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687909
688	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687930
689	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687862
690	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687879
691	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687886
692	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687893
693	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 375 mg	10 szt.	05909990676514
694	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	10 szt.	05909990676613
695	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	14 szt.	05909990676620
696	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	10 szt.	05909990676712

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
697	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990137411
698	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990137428
699	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990137527
700	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990137510
701	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990775910
702	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990775927
703	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	05909990059515
704	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	17 ml	05909990806812
705	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911
706	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416
707	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990063840
708	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990063857
709	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990063697
710	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990063703
711	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991255145
712	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991255152
713	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991255183
714	Cefuroximum	Cefox, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991255190
715	Cefuroximum	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991312831
716	Cefuroximum	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991312855
717	Cefuroximum	Cefuroxime Genoptim, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991353483
718	Cefuroximum	Cefuroxime Genoptim, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991353490
719	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009212
720	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009229
721	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009113
722	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009120
723	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991263331
724	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991263355
725	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 250 mg	20 szt.	05909991263362
726	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powl., 500 mg	20 szt.	05909991263416
727	Cefuroximum	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	14 tabl.	05909991263409
728	Cefuroximum	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	10 tabl.	05909991263386
729	Cefuroximum	Furocef, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991231194
730	Cefuroximum	Furocef, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991231217
731	Cefuroximum	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	10 szt.	05909990224951
732	Cefuroximum	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	14 szt.	05907626701753
733	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	10 szt.	05909990224456

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
734	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	14 szt.	05907626701760
735	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991265328
736	Cefuroximum	Zamur 250, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990216383
737	Cefuroximum	Zamur 250, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909991067946
738	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990216390
739	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991067953
740	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	8 szt.	05909991471620
741	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909991471637
742	Cefuroximum	Zinacef, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 1500 mg	10 fiol.	05909990069927
743	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909990051335
744	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990051342
745	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml (39,98 g granulatu)	05909990468812
746	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 125 mg	10 szt.	05909990083213
747	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990083312
748	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909997196350
749	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990083411
750	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909997196077
751	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909997210605
752	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909997200118
753	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990083435
754	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991283575
755	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991359331
756	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991418212
757	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991425203
758	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991399290
759	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991433093
760	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991082932
761	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991082949
762	Cefuroximum	Zinoxx, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991401641
763	Cenobamate	Ontozry, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991458997
764	Cenobamate	Ontozry, tabl. powl., 150 mg	28 szt.	05909991459062
765	Cenobamate	Ontozry, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05909991459093
766	Cenobamate	Ontozry, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991458966
767	Cenobamate	Ontozry, tabl; tabl. powl., 12,5 mg; 25 mg	28 szt. (14 tabl. powl. 25 mg + 14 tabl. 12,5 mg)	05909991459161
768	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	05909990410729
769	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990410736
770	Cetirizini dihydrochloridum	Alermed, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990910793

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
771	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 10 ml	05909991103811
772	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 20 ml	05909991103835
773	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, syrop, 5 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990851119
774	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990569441
775	Cetirizini dihydrochloridum	Amertil, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907695215250
776	Cetirizini dihydrochloridum	Letizen, tabl. powl., 10 mg	20 szt.	05909990869725
777	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909990184736
778	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 but. 20 ml	05909991386672
779	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 but. 20 ml	05909991457020
780	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. po 75 ml	05909990781515
781	Cetirizinum	Zyrtec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990184637
782	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990345618
783	Chloroquinum	Arechin, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991139582
784	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909991474409
785	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powl., 50 mg	50 szt.	05909991474416
786	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909990203017
787	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powl., 50 mg	50 szt.	05909990203116
788	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064
789	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057
790	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990787463
791	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990787289
792	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990787357
793	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 100 mg	50 szt.	05909990946624
794	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 25 mg	50 szt.	05909990946426
795	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 50 mg	50 szt.	05909990946525
796	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990946716
797	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991460679
798	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991480424
799	Ciclosporinum	Ikervis, krople do oczu, emulsja, 1 mg/ml	30 poj. 0,3 ml	04987084303585
800	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 10 mg	60 szt.	05909990406111
801	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990336814
802	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990336616
803	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990336715
804	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990336913
805	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909990678648
806	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powl., 2,5 mg	28 szt.	05909990678655
807	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990678679

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
808	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 1 mg	30 szt.	05909990066667
809	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909990066780
810	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990066803
811	Ciprofibratum	Lipanor, kaps., 100 mg	30 szt.	05909990376612
812	Ciprofloxacinum	Ciphin 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990499113
813	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990066414
814	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990066216
815	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990308514
816	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990334964
817	Ciprofloxacinum	Cipropol, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909990729012
818	Ciprofloxacinum	Proxacin 250, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909991033514
819	Ciprofloxacinum	Proxacin 500, tabl. powl., 500 mg	10 szt.	05909991033613
820	Clarithromycinum	Fromilid 250, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990773626
821	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990781010
822	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powl., 500 mg	28 szt.	05909991036546
823	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426453
824	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426446
825	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426477
826	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426491
827	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 250 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990081165
828	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990045532
829	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powl., 500 mg	20 szt.	05909990045549
830	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	60 ml	05909990331710
831	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	100 ml	05909990331727
832	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990780624
833	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990780631
834	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 250 mg	10 szt.	05909990331819
835	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 250 mg	14 szt.	05909990331826
836	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909990719419
837	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991030117
838	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powl., 500 mg	14 szt.	05909991023416
839	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 300, tabl. powl., 300 mg	16 szt.	05909991001438
840	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	12 szt.	05909991001520
841	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	30 szt.	05909991001544
842	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powl., 600 mg	16 szt.	05909991001537
843	Clindamycinum	Clindanea, tabl. powl., 600 mg	12 szt.	05909991414207
844	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 150 mg	16 szt.	05909990071210

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
845	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 300 mg	16 szt.	05909990306435
846	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 75 mg	16 szt.	05909990071111
847	Clindamycinum	Klimicin, kaps. twarde, 300 mg	16 szt.	05907626707397
848	Clindamycinum	Klimicin, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 300 mg/2 ml	5 amp.po 2 ml	05909990067510
849	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909990369928
850	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909997013800
851	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909997196497
852	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil SR 75, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	05909990295111
853	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990294916
854	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990295012
855	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg	30 szt.	05909990135615
856	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516
857	Clopamidum	Clopamid VP, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990141012
858	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990754748
859	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991251949
860	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991397005
861	Clopidogrelum	Areplex, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991167011
862	Clopidogrelum	Clopidix, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990625826
863	Clopidogrelum	Clopidogrel Aurovitas, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991492205
864	Clopidogrelum	Clopidogrel Bluefish, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990768141
865	Clopidogrelum	Clopidogrel KRKA, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991029388
866	Clopidogrelum	Grepid, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990727667
867	Clopidogrelum	Pegorel, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990793730
868	Clopidogrelum	Plavocorin, tabl. powl., 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990762729
869	Clopidogrelum	Vixam, tabl. powl., 75 mg	30 szt.	05909990866533
870	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909991109219
871	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05901878600475
872	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05903792743382
873	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909990295715
874	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991327705
875	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	100 szt.	05909991327736
876	Clozapinum	Clopizam, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991327606
877	Clozapinum	Klozapol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990139521
878	Clozapinum	Klozapol, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990139422
879	Clozapinum	Symcloza, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991373443
880	Clozapinum	Symcloza, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991373467
881	Clozapinum	Symcloza, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991373382

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
882	Colecalciferolum	Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml	10 ml	05909991047818
883	Colistimethatum natricum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	05909990366514
884	Collagenasum	Iruxol Mono, maść, 1,2 j./g	20 g	05909990015412
885	Conestatum alfa	Ruconest, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2100 j.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do podawania	08718309680077
886	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010
887	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814
888	Cyproteroni acetas	Androcur, tabl., 50 mg	20 szt.	05909990657476
889	Cyproteroni acetas	Androcur, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990657483
890	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991302108
891	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	10 szt.	05909990641253
892	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909990641260
893	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05909990887453
894	Dabigatranum etexilatum	Pradaxa, kaps. twarde, 75 mg	30 szt.	05909990641222
895	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05907594033252
896	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	05907594033269
897	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05907594033283
898	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05907594033290
899	Dabigatranum etexilatum	Telexer, kaps. twarde, 150 mg	180 szt.	05907594033306
900	Danazolum	Danazol Polfarmex, tabl., 200 mg	100 szt.	05909990925339
901	Degarelixum	Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 120 mg	2 fiol. z prosz. i 2 fiol. z rozp.	05909990774869
902	Degarelixum	Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 80 mg	1 fiol. z prosz. i 1 amp-strz. rozp.	05909990774852
903	Denosumabum	Prolia, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990761647
904	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991032852
905	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991032838
906	Desloratadinum	Delortan, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 120 ml	05909990969364
907	Desloratadinum	Delortan, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990969654
908	Desloratadinum	Delortan, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990969678
909	Desloratadinum	Deslodyna, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990964574
910	Desloratadinum	Deslodyna, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990964611
911	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991359478
912	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	08901175035427
913	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991359454
914	Desloratadinum	Dynid, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml	05909990975921
915	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990979981
916	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	60 szt.	05902020241669
917	Desloratadinum	Hitaxa, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909990981458
918	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2,5 mg	30 szt.	05909990981359

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
919	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	30 szt.	05909990981373
920	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990994533
921	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990994540
922	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991480172
923	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991480189
924	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991499785
925	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991499792
926	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548
927	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579
928	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494
929	Dexamethasonum	Demezon, tabl., 1 mg	40 szt.	05909991389178
930	Dexamethasonum	Demezon, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991389208
931	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991297763
932	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991472535
933	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991484729
934	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991297480
935	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 40 mg	20 szt.	05909991297879
936	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991297633
937	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991472603
938	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	05904374007854
939	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg	20 szt.	05900411007351
940	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg	20 szt.	05900411007276
941	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	05904374007861
942	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg	20 szt.	05900411007313
943	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751518
944	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751617
945	Diclofenacum	Naclof, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	5 ml (but.)	05909990145317
946	Diclofenacum	Olfen Uno, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990457120
947	Diclofenacum	Olfen UNO, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990457137
948	Diclofenacum natricum	Diclac, roztwór do wstrzykiwań domięśniowych, 75 mg/3 ml	5 amp.po 3 ml	05909990753017
949	Diclofenacum natricum	Diclac, roztwór do wstrzykiwań domięśniowych, 75 mg/3 ml	10 amp.po 3 ml	05909990753024
950	Diclofenacum natricum	Dicloabak, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	10 ml (but.)	05909990074044
951	Diclofenacum natricum	DicloDuo, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990752010
952	Diclofenacum natricum	Difadol 0,1%, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	5 ml	05909991026516
953	Diclofenacum natricum	Majamil prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	20 szt.	05909990033614
954	Diclofenacum natricum	Naklofen, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg/ml	5 amp.po 3 ml	05909990241910
955	Diclofenacum natricum	Olfen 75 SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990974122

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
956	Diclofenacum natricum + Lidocaini hydrochloridum	Olfen 75, roztwór do wstrzykiwań, (37,5+10) mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990161119
957	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045
958	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069
959	Diltiazemi hydrochloridum	Dilzem 120 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 120 mg	30 szt.	05909990482917
960	Diltiazemi hydrochloridum	Dilzem 180 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 180 mg	30 szt.	05909990483310
961	Diltiazemi hydrochloridum	Dilzem retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 szt.	05909990213214
962	Diltiazemi hydrochloridum	Oxycardil 60, tabl. powl., 60 mg	60 szt.	05909990121120
963	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
964	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
965	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
966	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991024413
967	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991024420
968	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powl., 10 mg	84 szt.	05907695215380
969	Donepezil hydrochloride	Cogiton 5, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991024314
970	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990689873
971	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991464141
972	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990689781
973	Donepezili hydrochloridum	Donectil ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	30 szt.	05909990851492
974	Donepezili hydrochloridum	Donectil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990683666
975	Donepezili hydrochloridum	Donectil, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990683581
976	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991056018
977	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991055912
978	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990814138
979	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990814077
980	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990657360
981	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990657353
982	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991403560
983	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991398842
984	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990798940
985	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990798933
986	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990850204
987	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990850075
988	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990993314
989	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990993215
990	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 butelki 5 ml	05909991344313
991	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 butelka 5 ml	05909991344306
992	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990942855

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
993	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05900257101015
994	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990643929
995	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000962
996	Dorzolamidum	Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990661329
997	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991310936
998	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991310943
999	Dorzolamidum + Timololum	Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990442423
1000	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991340681
1001	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991340674
1002	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991067267
1003	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991067274
1004	Dorzolamidum + Timololum	Oftidorix, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	5 ml	05909990866144
1005	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990746705
1006	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000955
1007	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991311049
1008	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991311056
1009	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991305291
1010	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991305420
1011	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 2 mg	30 szt.	05909990901890
1012	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	30 szt.	05909990902255
1013	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	90 szt.	05909990902293
1014	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517
1015	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616
1016	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715
1017	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367
1018	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410
1019	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519
1020	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318
1021	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417
1022	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516
1023	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951
1024	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582
1025	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911
1026	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017
1027	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116
1028	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289
1029	Doxazosinum	Doxazosin XR Genoptim, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990066797

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1030	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611
1031	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710
1032	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005
1033	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012
1034	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571
1035	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820
1036	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315
1037	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414
1038	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320
1039	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429
1040	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990080267
1041	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511
1042	Doxycyclinum	Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991330576
1043	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909990072316
1044	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 0,75 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	05909991219130
1045	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 1,5 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	05909991219161
1046	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 3 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	08594012697638
1047	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 4,5 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	08594012697645
1048	Duloxetinum	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991432980
1049	Duloxetinum	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991432997
1050	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	28 szt.	05909991324551
1051	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	56 szt.	05906414003185
1052	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	28 szt.	05909991324537
1053	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	56 szt.	05906414003192
1054	Duloxetinum	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991419776
1055	Duloxetinum	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991419813
1056	Duloxetinum	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 30 mg	30 szt.	05901720140296
1057	Duloxetinum	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 60 mg	30 szt.	05901720140210
1058	Duloxetinum	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05901797710644
1059	Duloxetinum	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05901797710668
1060	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991231040
1061	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991423636
1062	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991231064
1063	Duloxetinum	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991231071
1064	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991222239
1065	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991222253
1066	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991222321

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1067	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991222345
1068	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991480745
1069	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991480752
1070	Duloxetinum	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991352172
1071	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 120 mg	28 szt.	05909991468699
1072	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991396688
1073	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991396664
1074	Duloxetinum	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991468651
1075	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991249540
1076	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991249618
1077	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991249885
1078	Duloxetinum	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991249946
1079	Dutasteridum	Adadut, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991328696
1080	Dutasteridum	Dutazyr, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991456351
1081	Dutasteridum	Findarts, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991460495
1082	Dutasteridum	Findarts, kaps. miękkie, 0,5 mg	90 szt.	05909991460501
1083	Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum	Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg	90 szt.	05909991438746
1084	Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum	Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg	30 szt.	05909991438715
1085	Empagliflozinum	Jardiance, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991138509
1086	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030
1087	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054
1088	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829
1089	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836
1090	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934
1091	Enalaprili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958
1092	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429
1093	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528
1094	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920
1095	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328
1096	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427
1097	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821
1098	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026
1099	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126
1100	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164
1101	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05906395161096
1102	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05906395161010
1103	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05906395161034

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1104	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05906395161058
1105	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05906395161072
1106	Enzyma pancreatis	Kreon 25 000, kaps. dojel., 25000 J.Ph.Eur.Lipazy	50 szt.	05909990042579
1107	Ergotamini tartras	Ergotaminum Filofarm, tabl. drażowane, 1 mg	20 szt.	05909990211517
1108	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990926497
1109	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991074975
1110	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	03838989753160
1111	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990926534
1112	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991074999
1113	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	03838989753191
1114	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990841332
1115	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991195755
1116	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990841363
1117	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991195762
1118	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt. (blister)	05909990876280
1119	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909990876327
1120	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	05903060619548
1121	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt. (blister)	05909990876778
1122	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909990876808
1123	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	05903060619555
1124	Esomeprazolum	Texibax, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991268275
1125	Esomeprazolum	Texibax, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991268282
1126	Estradioli valeras + Medroxyprogesteroni acetas	Divina, tabl., 2 mg, 2+10 mg	21 szt.	05909990661411
1127	Estradioli valeras + Norgestrelum	Cyclo-Progynova, tabl. powl., 2;2+0,5 mg	21 szt.	05909990304219
1128	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 0,5 mg/0,5 g	28 sasz.	05909990447619
1129	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g	28 szasz. a 1g	05909990447718
1130	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g	28 szt.	05909991441678
1131	Estradiolum	Estrofem mite, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990823215
1132	Estradiolum	Estrofem, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909990330713
1133	Estradiolum	Oestrogel, żel, 0,75 mg/1,25 g	80 g	05909991456559
1134	Estradiolum	Systen 50, system transdermalny, 3,2 mg	6 szt.	05909990169214
1135	Estradiolum + Drospirenonum	Angeliq, tabl. powl., 1+2 mg	28 szt.	05909990221073
1136	Estradiolum + Dydrogesteronum	Femoston conti, tabl. powl., 1+5 mg	28 szt.	05909990973316
1137	Estradiolum + Norethisteroni acetas	Kliogest, tabl. powl., 2+1 mg	28 szt.	05909990329717
1138	Estradiolum + Norethisteroni acetas	Systen Conti, system transdermalny, plaster, 3,2+11,2 mg	8 szt.	05909990444717
1139	Estradiolum + Norethisteroni acetas	Systen Sequi, system transdermalny, plaster, 3,2; 3,2+11,2 mg	8 szt. (4 plastry Systen 50 + 4 plastry Systen Conti)	05909990444816
1140	Estradiolum + Norethisteronum	Activelle, tabl. powl., 1+0,5 mg	28 szt.	05909990451210

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1141	Ethambutoli hydrochloridum	Ethambutol Teva, kaps., 250 mg	250 szt.	05909990227310
1142	Ethosuximidum	Petinimid, kaps., 250 mg	100 szt.	05909990244911
1143	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,25 mg	60 szt.	05909990211654
1144	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,5 mg	60 szt.	05909990211357
1145	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,75 mg	60 szt.	05909990211845
1146	Exemestanum	Glandex, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990812202
1147	Exemestanum	Symex, tabl. drażowane, 25 mg	30 szt.	05909991335489
1148	Ezetimibum	Esetin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991388669
1149	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991402310
1150	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991402303
1151	Ezetimibum	Ezehron, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991347161
1152	Ezetimibum	Ezen, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991096229
1153	Ezetimibum	Ezetimibe Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991414450
1154	Ezetimibum	Ezoleta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991311407
1155	Ezetimibum	Ezolip, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991304416
1156	Ezetimibum	Lipegis, tabletki, 10 mg	30 szt.	05909990996902
1157	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991421601
1158	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+20 mg	30 szt.	05909991421564
1159	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+40 mg	30 szt.	05909991421526
1160	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powl., 10+10 mg	30 szt.	07613421054557
1161	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powl., 10+20 mg	30 szt.	07613421054564
1162	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powl., 10+40 mg	30 szt.	07613421054571
1163	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990014828
1164	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990014835
1165	Febuxostatum	Adenuric, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909990761562
1166	Febuxostatum	Adenuric, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990761548
1167	Febuxostatum	Denofix, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909991391607
1168	Febuxostatum	Denofix, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991391522
1169	Febuxostatum	Febuxostat Aurovitas, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	05909991391942
1170	Febuxostatum	Febuxostat Aurovitas, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991391874
1171	Febuxostatum	Febuxostat Krka, tabl. powl., 120 mg	28 szt.	03838989705145
1172	Febuxostatum	Febuxostat Krka, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	03838989705152
1173	Febuxostatum	Prohidna, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991402952
1174	Felodipinum	Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	28 szt.	05909990344918
1175	Felodipinum	Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	28 szt.	05909990344819
1176	Fenofibrate	Biofibrat, kaps. twarde, 200 mg	30 szt.	05909990754496
1177	Fenofibratum	Apo-Feno 200 M, kaps. twarde, 200 mg	30 szt.	05909990909414

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1178	Fenofibratum	Biofibrat, kaps. twarde, 267 mg	30 szt.	05909990754526
1179	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 160 mg	30 szt.	05909990713974
1180	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 267 mg	30 szt.	05909990611065
1181	Fenofibratum	Grofibrat 200, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990492114
1182	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	90 szt.	05907594032507
1183	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	60 szt.	05907594032408
1184	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	30 szt.	05907594032309
1185	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	30 szt.	05909991212339
1186	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	60 szt.	05907594031500
1187	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	90 szt.	05907594031609
1188	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	30 szt.	05909991201173
1189	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	90 szt.	05907594031807
1190	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	60 szt.	05907594031708
1191	Fenofibratum	Grofibrat, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990109814
1192	Fenofibratum	Lipanthyl 200M, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990687947
1193	Fenofibratum	Lipanthyl 267M, kaps., 267 mg	30 szt.	05909990492817
1194	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 160, tabl. powl., 160 mg	30 szt.	05909990903917
1195	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 215 mg, tabl. powl., 215 mg	30 szt.	05909990431342
1196	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414
1197	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815
1198	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917
1199	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05909991455965
1200	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05909991455989
1201	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 szt.	05909991456009
1202	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990765713
1203	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990765416
1204	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990765515
1205	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990765614
1206	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05909990643011
1207	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05909990643035
1208	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 szt.	05909990643059
1209	Fentanylum	Fenta MX 50, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990054626
1210	Fentanylum	Fenta MX 75, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990054664
1211	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	5 szt.	05909990000098
1212	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	10 szt.	05909991204853
1213	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 25 µg/h	10 szt.	05909991204822
1214	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	5 szt.	05909990000050

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1215	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	10 szt.	05909991204839
1216	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	5 szt.	05909990000081
1217	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	10 szt.	05909991204846
1218	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but.po 2,9 ml (20 daw.)	05909990699735
1219	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308193
1220	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę	1 but.po 5 ml (40 daw.)	05909990699889
1221	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308209
1222	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę	1 but.po 1,8 ml (10 daw.)	05909990699643
1223	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę	1 but.po 3,2 ml (20 daw.)	05909991308131
1224	Fentanylum	Matrifen 100 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990043330
1225	Fentanylum	Matrifen 12 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 12 µg/h	5 szt.	05909990043163
1226	Fentanylum	Matrifen 25 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990043279
1227	Fentanylum	Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990043385
1228	Fentanylum	Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990043224
1229	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955503
1230	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955527
1231	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955541
1232	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955558
1233	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 133 µg	30 szt.	05909991074647
1234	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 267 µg	30 szt.	05909991074685
1235	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 400 µg	30 szt.	05909991074739
1236	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 533 µg	30 szt.	05909991074777
1237	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 67 µg	30 szt.	05909991074593
1238	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 800 µg	30 szt.	05909991074821
1239	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713846
1240	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713860
1241	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726068
1242	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713853
1243	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713877
1244	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726075
1245	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687787
1246	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687848
1247	Finasteridum	Adaster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990711987
1248	Finasteridum	Adaster, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990711949
1249	Finasteridum	Androster, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990055470
1250	Finasteridum	Androster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990906154
1251	Finasteridum	Antiprost, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990067770

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1252	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990048670
1253	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990938797
1254	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990713127
1255	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990713141
1256	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991222673
1257	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991282288
1258	Finasteridum	Finaran, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990082391
1259	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909991151218
1260	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990811045
1261	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05909991207311
1262	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991096571
1263	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991096601
1264	Finasteridum	Finpros 5 mg, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990017973
1265	Finasteridum	Finxta, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990050895
1266	Finasteridum	Hyplafin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990017997
1267	Finasteridum	Penester, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990077267
1268	Finasteridum	Penester, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990077274
1269	Finasteridum	Proscar, tabl. powl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990362110
1270	Finasteridum	Symasteride, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990074105
1271	Finasteridum	Symasteride, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991107871
1272	Finasteridum	Uronezyr, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991088842
1273	Finasteridum	Zasterid, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991053710
1274	Fluconazolum	Candifluc/Fluconazolum Aflofarm, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	05909991257804
1275	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990662371
1276	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990662388
1277	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 150 mg	3 szt.	05907529466339
1278	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991283247
1279	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 150 mg	1 szt.	05909990490615
1280	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990490516
1281	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	14 szt.	05909990490523
1282	Fluconazolum	Fluconazin, syrop, 5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909991097219
1283	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991462871
1284	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991462932
1285	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991463151
1286	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991262679
1287	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991262617
1288	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991262457

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1289	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991262488
1290	Fluconazolum	Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	05909991273798
1291	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990859511
1292	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	7 szt.	05909990859719
1293	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	28 szt.	05909990780181
1294	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	1 szt.	05909990017874
1295	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	3 szt.	05909990017881
1296	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	14 szt.	05909991022556
1297	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	7 szt.	05909991022549
1298	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	14 szt.	05909990859610
1299	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	7 szt.	05909990859672
1300	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991423452
1301	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991423506
1302	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991423445
1303	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990869732
1304	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990869756
1305	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909990869763
1306	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	7 szt.	05909991365745
1307	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909990869770
1308	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909990869688
1309	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909990869695
1310	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991388270
1311	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909991388287
1312	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991388294
1313	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991388263
1314	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	7 szt.	05909990642533
1315	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990980611
1316	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 200 mg	7 szt.	05909991118914
1317	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990980512
1318	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885
1319	Fluoxetinum	Andepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991065515
1320	Fluoxetinum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990372317
1321	Fluoxetinum	Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990776955
1322	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311
1323	Fluoxetinum	Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg	30 tabl.	05909991317621
1324	Fluoxetinum	Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990742509
1325	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990374311

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1326	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909990374328
1327	Flupentixolum	Fluanxol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990127214
1328	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powl., 0,5 mg	50 szt.	05909991074258
1329	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powl., 3 mg	50 szt.	05909991074296
1330	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909990941612
1331	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powl., 250 mg	90 szt.	05909990941629
1332	Flutamidum	Flutamid Egis, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990139217
1333	Fluticasoni furoas + Umeclidinium + Vilanterolum	Trelegy Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 92+55+22 µg/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 30 dawek	05909991350635
1334	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 poj. po 120 daw.	05908289660371
1335	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę donosową	1 poj. po 120 daw.	05909990570720
1336	Fluticasoni propionas	Flixonase, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	poj. 10 ml (120 dawek)	05909990933839
1337	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621
1338	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720
1339	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522
1340	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829
1341	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	60 daw.	05909990851416
1342	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	120 daw.	05909990851423
1343	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	60 daw.	05909990851515
1344	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	120 daw.	05909990851522
1345	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317
1346	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401771
1347	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401788
1348	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg	120 szt.	05909990938001
1349	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858
1350	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 szt.	05909990938025
1351	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889
1352	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931
1353	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955
1354	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991442064
1355	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915
1356	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870
1357	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523
1358	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887
1359	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530
1360	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894
1361	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547
1362	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447557

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1363	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447595
1364	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447632
1365	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670
1366	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687
1367	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732
1368	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749
1369	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756
1370	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763
1371	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787
1372	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770
1373	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 120 dawek	05909991403959
1374	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 inhalator 120 dawek	05909991403966
1375	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 inhalator 120 dawek	05909991403898
1376	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626
1377	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657
1378	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900
1379	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924
1380	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931
1381	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014
1382	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113
1383	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918
1384	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422
1385	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521
1386	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620
1387	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991078980
1388	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991079055
1389	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477585
1390	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477592
1391	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, proszek do inhalacji, podzielony, 50+25 µg/dawkę	1 poj. 120 dawek	05909991477578
1392	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990347827
1393	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909990347728
1394	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990792924
1395	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	180 szt.	07613421020934
1396	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990975914
1397	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 kaps.	05909990937981
1398	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777
1399	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1400	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	120 szt.	05909991218287
1401	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	180 szt.	05909991218294
1402	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446
1403	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219
1404	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318
1405	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 kaps.	05909990849000
1406	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990996681
1407	Formoteroli fumaras dihydricus + Glycopyrronium + Budesonidum	Trixeo Aerosphere, aerozol inh., zawiesina, 5+7,2+160 µg	1 poj. a 120 daw.	05000456071505
1408	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215
1409	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238
1410	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235
1411	Furazidinum	Furazek, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991304102
1412	Furosemidum	Furosemid Medreg, tabl., 40 mg	30 szt.	08595566451974
1413	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 x 10)	05909990223794
1414	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028
1415	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909991331108
1416	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991331153
1417	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991331207
1418	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990339495
1419	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990339709
1420	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991425340
1421	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990339600
1422	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 600 mg	100 szt.	05909990338542
1423	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powl., 800 mg	100 szt.	05909990338658
1424	Gabapentinum	Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990769216
1425	Gabapentinum	Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990769315
1426	Gabapentinum	Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990769414
1427	Gabapentinum	Neurontin 600, tabl. powl., 600 mg	100 szt.	05909991017422
1428	Gabapentinum	Neurontin 800, tabl. powl., 800 mg	100 szt.	05909991017521
1429	Gentamicinum	Gentamicin WZF 0,3%, krople do oczu, roztwór, 3 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990092413
1430	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991267155
1431	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991267162
1432	Gliclazidum	Diabrezide, tabl., 80 mg	40 szt.	05909990359912
1433	Gliclazidum	Diagen, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991216023
1434	Gliclazidum	Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990443017
1435	Gliclazidum	Diazidan, tabl., 80 mg	60 szt.	05909990911127
1436	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990647224

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1437	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	90 szt.	05909990647231
1438	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991056100
1439	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991056131
1440	Gliclazidum	Gliclada, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 szt.	05909991267230
1441	Gliclazidum	Glikuron, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991263171
1442	Gliclazidum	Glikuron, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991256548
1443	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 tabl.	05909991226305
1444	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 tabl.	05909991226299
1445	Gliclazidum	Salson, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991267193
1446	Gliclazidum	Salson, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991267186
1447	Gliclazidum	Symazide MR 30, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991291648
1448	Gliclazidum	Symazide MR 60 mg, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991257392
1449	Gliclazidum	Symazide MR 60 mg, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991257408
1450	Glimepiridum	Amaryl 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990744817
1451	Glimepiridum	Amaryl 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990744916
1452	Glimepiridum	Amaryl 3, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990745012
1453	Glimepiridum	Amaryl 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990745111
1454	Glimepiridum	Diaril, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990566082
1455	Glimepiridum	Diaril, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990566105
1456	Glimepiridum	Diaril, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990566129
1457	Glimepiridum	Diaril, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990566143
1458	Glimepiridum	Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg	30 szt.	05909991097615
1459	Glimepiridum	Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991097516
1460	Glimepiridum	Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991097417
1461	Glimepiridum	Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991097318
1462	Glimepiridum	GlimeHexal 1, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990337453
1463	Glimepiridum	GlimeHexal 2, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990337521
1464	Glimepiridum	GlimeHexal 3, tabl., 3 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338078
1465	Glimepiridum	GlimeHexal 4, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338146
1466	Glimepiridum	GlimeHexal 6, tabl., 6 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338207
1467	Glimepiridum	Symglic, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990570348
1468	Glimepiridum	Symglic, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990570355
1469	Glimepiridum	Symglic, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990570362
1470	Glimepiridum	Symglic, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990573196
1471	Glimepiridum	Symglic, tabl., 6 mg	30 szt.	05909990570379
1472	Glipizidum	Glipizide BP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990791712
1473	Glucagoni hydrochloridum	GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05909990693313

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1474	Glyceroli trinitras	Nitromint, aerozol podjęzykowy, roztwór, 0,4 mg/dawkę	11 g (200 daw.)	05909990156825
1475	Glyceroli trinitras	Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6,5 mg	30 szt.	05909990183036
1476	Glycopyrronii bromidum	Seebri Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 44 µg	30 kaps. + 1 inhalator	05909991000882
1477	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 10,8 mg	1 szt.	05909991256210
1478	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 3,6 mg	1 szt.	05909991256197
1479	Goserelinum	Xanderla LA, implant w amp.-strz., 10,8 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335595
1480	Goserelinum	Xanderla, implant w amp.-strz., 3,6 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335564
1481	Goserelinum	Zoladex LA, implant podskórny, 10,8 mg	1 amp.-strz.	05909990783212
1482	Goserelinum	Zoladex, implant podskórny, 3,6 mg	1 amp.-strz.	05909990082315
1483	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311
1484	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412
1485	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319
1486	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017
1487	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617
1488	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140
1489	Hydrocortizoni acetatas	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	05909990950317
1490	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 szt. (1 but.)	05909990836758
1491	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927
1492	Ibuprofenum	Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg	60 szt.	05909990853540
1493	Icatibantum	Firazyr, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909990740635
1494	Icatibantum	Icatibant Accord, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05055565774410
1495	Icatibantum	Icatibant Fresenius, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991485870
1496	Icatibantum	Icatibant Medical Valley, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991484712
1497	Icatibantum	Icatibant Zentiva, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991469306
1498	Icatibantum	Ikatybant Ranbaxy, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991474461
1499	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum	Ultibro Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 85+43 µg	30 szt. + inhal.	05909991080921
1500	Indakaterol + Glikopironium bromek + Mometazonu furoinian	Enerzair Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 114+46+136 mg	30 szt. (30 x 1)	07613421044596
1501	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+127,5 mg	30 szt.	07613421045531
1502	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+260 mg	30 szt.	07613421045548
1503	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+62,5 mg	30 szt.	07613421045524
1504	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990975815
1505	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909991276621
1506	Indapamidum	Indapamide SR Genoptim, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990799398
1507	Indapamidum	Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990665907
1508	Indapamidum	Indapen, tabl. powl., 2,5 mg	20 szt.	05909990863013
1509	Indapamidum	Indapres, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909990223121
1510	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909991025014

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1511	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	90 szt.	05908289660401
1512	Indapamidum	Ipres long 1,5, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990012688
1513	Indapamidum	Opamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990770182
1514	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990424801
1515	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909990424849
1516	Indapamidum	Symapamid SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990734993
1517	Indapamidum	Tertensif SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990738212
1518	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
1519	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
1520	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059
1521	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298
1522	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	10 wstrzykiwaczy 3 ml SoloStar	05909991429171
1523	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915
1524	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981
1525	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814
1526	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991369668
1527	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	10 wkł.po 3 ml	05712249124441
1528	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml Penfill	05909991371562
1529	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909990005741
1530	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982
1531	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkladów po 3 ml	05909990895717
1532	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555
1533	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538
1534	Insulinum glarginum + Lixisenatidum	Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+33 j/ml+mcg/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991315948
1535	Insulinum glarginum + Lixisenatidum	Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+50 j/ml+mcg/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991315924
1536	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575
1537	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483
1538	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197
1539	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920
1540	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853113
1541	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958566
1542	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853311
1543	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958573
1544	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853519
1545	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958580

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1546	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852413
1547	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958597
1548	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852116
1549	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958603
1550	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014
1551	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717
1552	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011
1553	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923
1554	Insulinum humanum	Insuman Basal, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672448
1555	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323
1556	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121
1557	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921
1558	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027
1559	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126
1560	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324
1561	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525
1562	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822
1563	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010
1564	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614
1565	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422
1566	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553
1567	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123
1568	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165
1569	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536
1570	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909991185879
1571	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019
1572	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114
1573	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236
1574	Isosorbidi mononitras	Mononit 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990010516
1575	Isosorbidi mononitras	Mononit 100 retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909991011727
1576	Isosorbidi mononitras	Mononit 20, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990010622
1577	Isosorbidi mononitras	Mononit 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990010714
1578	Isosorbidi mononitras	Mononit 60 retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991011529
1579	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	4 szt.	05909990858255
1580	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990858262
1581	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909990004317
1582	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990004331

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1583	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909991053826
1584	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909991053819
1585	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991427764
1586	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991452278
1587	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991465377
1588	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991351274
1589	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991427511
1590	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991452285
1591	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991466046
1592	Ivabradinum	Bixebra, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991286613
1593	Ivabradinum	Bixebra, tabl., 7,5 mg	56 szt.	05909991286927
1594	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991264710
1595	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05901878600772
1596	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991264734
1597	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05901878600789
1598	Ivabradinum	Ivabradine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991348762
1599	Ivabradinum	Ivabradine Genoptim , tabletki powlekane, 5 mg	56 szt.	05909991326470
1600	Ivabradinum	Ivabradine Genoptim , tabletki powlekane, 7,5 mg	56 szt.	05909991326494
1601	Ivabradinum	Ivabradine Mylan, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991322779
1602	Ivabradinum	Ivabradine Mylan, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991322786
1603	Ivabradinum	Ivabradine Ranbaxy, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991398606
1604	Ivabradinum	Ivabradine Ranbaxy, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991398620
1605	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991298586
1606	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991298654
1607	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 5 mg	112 szt.	05909991329822
1608	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991329785
1609	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 7,5 mg	112 szt.	05909991329891
1610	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991329853
1611	Ivabradinum	Raenom, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991307349
1612	Ivabradinum	Raenom, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991307370
1613	Kalii chloridum	Kalipoz prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 391 mg	60 szt.	05909990257539
1614	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, granulat musujący, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz.po 3 g	05909990269310
1615	Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum	Citrolyt, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g	220 g	05909990210817
1616	Ketoprofenum	Bi-Profenid, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990412112
1617	Ketoprofenum	Febrofen, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	20 szt.	05909990413317
1618	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	30 szt.	05909991436056
1619	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	60 szt.	05904055005070

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1620	Ketoprofenum	Ketonal Duo, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909990064694
1621	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990046485
1622	Ketoprofenum	Ketoprofen-SF, kaps. twarde, 100 mg	20 szt.	05909990794553
1623	Ketoprofenum	Profenid, czopki, 100 mg	10 szt.	05909990098514
1624	Ketoprofenum	Profenid, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990760718
1625	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990675593
1626	Lacidipine	Lapixen, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991134907
1627	Lacidipine	Lapixen, tabl. powl., 2 mg	56 szt.	05907695215205
1628	Lacidipine	Lapixen, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909991134938
1629	Lacidipine	Lapixen, tabl. powl., 4 mg	56 szt.	05907695215212
1630	Lacidipine	Lapixen, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909991134969
1631	Lacidipine	Lapixen, tabl. powl., 6 mg	56 szt.	05907695215229
1632	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909990650521
1633	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909990650620
1634	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909990625697
1635	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powl., 4 mg	28 szt.	05909991105563
1636	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powl., 6 mg	28 szt.	05909991105549
1637	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991494551
1638	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05909991494582
1639	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05909991494612
1640	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05909991494506
1641	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 100 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743331
1642	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 150 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743348
1643	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 200 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743355
1644	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletka powlekana, 50 mg	14 tabl. w blistrze	05055565743324
1645	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05902020241591
1646	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05902020241607
1647	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05902020241614
1648	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05902020241584
1649	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 100 mg	56 tabl.	04260598450540
1650	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 150 mg	56 tabl.	04260598450557
1651	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 200 mg	56 tabl.	04260598450564
1652	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 50 mg	14 tabl.	04260598450533
1653	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991358358
1654	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05909991358365
1655	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05909991358372
1656	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05909991358341

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1657	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 100 mg	56 tabl.	05909991384234
1658	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 150 mg	56 tabl.	05909991384241
1659	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 200 mg	56 tabl.	05909991384258
1660	Lacosamidum	Trelema, tabl. powl., 50 mg	14 tabl.	05909991384197
1661	Lacosamidum	Vimpat, syrop, 10 mg/ml	200 ml (but.)	05909990935505
1662	Lamotriginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766
1663	Lamotriginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759
1664	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480
1665	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991496296
1666	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319
1667	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210
1668	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318
1669	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325
1670	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617
1671	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092
1672	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419
1673	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518
1674	Lamotriginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616
1675	Lamotriginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418
1676	Lamotriginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517
1677	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614
1678	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515
1679	Lansoprazolum	Lanzul S, kaps., 15 mg	28 szt.	05909990869817
1680	Lansoprazolum	Lanzul, kaps., 30 mg	28 szt.	05909990727032
1681	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 15 mg	28 szt.	05909990064045
1682	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 30 mg	28 szt.	05909990064076
1683	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990995479
1684	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991189792
1685	Latanoprostum	Latalux, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990813582
1686	Latanoprostum	Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990931873
1687	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	30 poj.	05909991019693
1688	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	90 szt.	05909991019709
1689	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991102883
1690	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991102890
1691	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/1 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990841448
1692	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05900411001298
1693	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909990411825

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1694	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml (0,005%)	2,5 ml (but.)	05909990411818
1695	Latanoprostum	Xalofree, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 7,5 ml	05900257102555
1696	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 szt.	05909991220365
1697	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991220396
1698	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	2,5 ml (but.)	05909990741311
1699	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060601673
1700	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991429256
1701	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991429249
1702	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990879687
1703	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05906414000948
1704	Latanoprostum + Timololum	Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991306649
1705	Latanoprostum + Timololum	Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml	2,5 ml	05909990946587
1706	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	2,5 ml (but.)	05909991057213
1707	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05415062343609
1708	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990894543
1709	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060606630
1710	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 10 mg	30 tabl. (but.)	05909990977826
1711	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (but.)	05909990977925
1712	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05901878600482
1713	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05903792743399
1714	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991309138
1715	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991309145
1716	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	04037353010604
1717	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	04037353015388
1718	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	04037353010628
1719	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990858651
1720	Letrozolum	Aromek, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909991060718
1721	Letrozolum	Clarzole, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909990799923
1722	Letrozolum	Etruzil, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909990710201
1723	Letrozolum	Etruzil, tabl. powl., 2,5 mg	90 szt.	05909990710256
1724	Letrozolum	Lametta, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909991061111
1725	Letrozolum	Letrozole Aurovitas/Letrozole Eugia, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909991466145
1726	Letrozolum	Letrozole Aurovitas/Letrozole Eugia, tabl. powl., 2,5 mg	120 szt.	05909991466138
1727	Letrozolum	Letrozole Bluefish, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909990794683
1728	Leuprorelinum	Eligard 22,5 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 22,5 mg	1 zest. (tacki)	05909990075751
1729	Leuprorelinum	Eligard 45 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 45 mg	1 zest. (2 strz.napeł.)	05909990634057
1730	Leuprorelinum	Leuprostin, implant, 3,6 mg	1 implant	05909990836246

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1731	Leuprorelinum	Leuprostin, implant, 5 mg	1 implant	05909990836277
1732	Leuprorelinum	Librexa, implant w amp.-strzyk., 11,25 mg	1 amp.-strzyk.	05906720536582
1733	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149
1734	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990928248
1735	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990928200
1736	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990928224
1737	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990928231
1738	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml + 1 strzykawka 10 ml	05909990006755
1739	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990989805
1740	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990989379
1741	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991374501
1742	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990921737
1743	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990921751
1744	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990921492
1745	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990921577
1746	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990921591
1747	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990921652
1748	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522
1749	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676
1750	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990971305
1751	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990970957
1752	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990971060
1753	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990971183
1754	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml (but.)	05909990958672
1755	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990959129
1756	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990959167
1757	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990958986
1758	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990959037
1759	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990958856
1760	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	05909990958894
1761	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990998302
1762	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990998357
1763	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990998135
1764	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990998180
1765	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990998203
1766	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990998258
1767	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	05909990998272

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1768	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909991031992
1769	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909991032043
1770	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909991031497
1771	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909991031602
1772	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909991031640
1773	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909991031886
1774	Levetiracetamum	Trund, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml ze strz.po 10 ml i łącznikiem	05909990925841
1775	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990925957
1776	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990925940
1777	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990925858
1778	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990925872
1779	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990925889
1780	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990925926
1781	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny , 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901
1782	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895
1783	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990936250
1784	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990935956
1785	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990936052
1786	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990936151
1787	Levocetirizine	Zyx, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05907695215014
1788	Levocetirizini dihydrochloridum	Alergimed, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	08595566452292
1789	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	20 szt.	05909990656929
1790	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990656943
1791	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990656936
1792	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991192600
1793	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 tabl.	05909991449186
1794	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991462475
1795	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990904099
1796	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990904129
1797	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05906414000726
1798	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05906414000733
1799	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05902020241133
1800	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05902020241140
1801	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990790807
1802	Levocetirizini dihydrochloridum	Nossin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991060589
1803	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990619627
1804	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909991376550

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1805	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909991358105
1806	Levocetirizini dihydrochloridum	Zenaro, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990781720
1807	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990765034
1808	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powl., 5 mg	84 szt.	05907695215267
1809	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990095018
1810	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 100+25 mg	100 szt.	05909990748723
1811	Levodopum + Benserazidum	Madopar 250 mg, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05909990095117
1812	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, kaps., 50+12,5 mg	100 szt.	05909990094912
1813	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 50+12,5 mg	100 szt.	05909990748624
1814	Levodopum + Benserazidum	Madopar HBS, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990377510
1815	Levodopum + Benserazidum	Madopar, kaps., 200+50 mg	100 szt.	05909990095216
1816	Levodopum + Carbidopum	Nakom Mite, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05909990175314
1817	Levodopum + Carbidopum	Nakom, tabl., 250+25 mg	100 szt.	05909990175215
1818	Levomepromazinum	Tisercin, tabl. powl., 25 mg	50 szt.	05909990193912
1819	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991439699
1820	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991439705
1821	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991439712
1822	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991439729
1823	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991439736
1824	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991439743
1825	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991439750
1826	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991439774
1827	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991439675
1828	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991439682
1829	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991431907
1830	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991431914
1831	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991431884
1832	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991431891
1833	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419
1834	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426
1835	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006
1836	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518
1837	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525
1838	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037
1839	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617
1840	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624
1841	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1842	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815
1843	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112
1844	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129
1845	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211
1846	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228
1847	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310
1848	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327
1849	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986
1850	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910
1851	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307
1852	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610
1853	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014
1854	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260
1855	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991013417
1856	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991013516
1857	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991365691
1858	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991357337
1859	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991477790
1860	Lisinoprilum	LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991013318
1861	Lisinoprilum	Lisinoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990939817
1862	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990939916
1863	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991427160
1864	Lisinoprilum	Lisinoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990939718
1865	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990682447
1866	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990682461
1867	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990682409
1868	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991133122
1869	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991133023
1870	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991132927
1871	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990701803
1872	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05909990761685
1873	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+5 mg	30 szt.	05909990970520
1874	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg	30 szt.	05909990708352
1875	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg	30 szt.	05909990708369
1876	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg	28 szt.	05909991167714
1877	Lithii carbonas	Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg	60 szt.	05909990148714
1878	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1879	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990223343
1880	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990223350
1881	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990739233
1882	Loratadinum	Flonidan, zawiesina doustna, 1 mg/ml	120 ml	05909990739318
1883	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990670253
1884	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990670260
1885	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990795420
1886	Loratadinum	Loratan, kaps. miękkie, 10 mg	30 szt.	05909990909049
1887	Loratadinum	Loratan, syrop, 5 mg/5 ml	125 ml	05909990839018
1888	Losartan potassium	Losacor, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991055110
1889	Losartanum	Cozaar, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990674411
1890	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990433612
1891	Losartanum kalicum	Cozaar, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909991073428
1892	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990638659
1893	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990818914
1894	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990649112
1895	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	05909990649129
1896	Losartanum kalicum	Losartan Genoptim, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991296940
1897	Losartanum kalicum	Losartan KRKA, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990956654
1898	Losartanum kalicum	Losartic, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990621439
1899	Losartanum kalicum	Lozap 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990573905
1900	Losartanum kalicum	Presartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990724345
1901	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990481118
1902	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 100+10 mg	30 szt.	05909991105853
1903	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 100+5 mg	30 szt.	05909991105785
1904	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	30 szt.	05909991105723
1905	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	60 szt.	05909991105747
1906	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+10 mg	90 szt.	05909991105761
1907	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	30 szt.	05909991105655
1908	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	60 szt.	05909991105679
1909	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powl., 50+5 mg	90 szt.	05909991105693
1910	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar Forte, tabl. powl., 100+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990970513
1911	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt.	05909990337392
1912	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990686339
1913	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powl., 50+12,5 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	05909990686360
1914	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HD, tabl. powl., 100+25 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645565
1915	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HL, tabl. powl., 100+12,5 mg	28 szt.	05909990816484

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1916	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lozap HCT, tabl. powl., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990611980
1917	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powl., 100+25 mg	30 szt.	05909990721894
1918	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powl., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990721641
1919	Lovastatin	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315
1920	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159
1921	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 18,5 mg	28 szt.	05909991108670
1922	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 37 mg	28 szt.	05909991108762
1923	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 74 mg	28 szt.	05909991108878
1924	Mazipredonum + Miconazoli nitras	Mycosolon, maść, 20+2,5 mg/g	15 g	05909990129812
1925	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909990250615
1926	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909997217963
1927	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909991509101
1928	Medroxyprogesteroni acetas	Provera, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990155514
1929	Medroxyprogesteroni acetas	Provera, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990236411
1930	Megestroli acetas	Cachexan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990614608
1931	Megestroli acetas	Megace, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990437627
1932	Megestroli acetas	Megalia, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909991054519
1933	Megestroli acetas	Megastril, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990895977
1934	Meloxicam	Aspicam, tabl., 15 mg	60 szt.	05907695215168
1935	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990224883
1936	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990610006
1937	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990997527
1938	Meloxicamum	Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05909991228262
1939	Meloxicamum	Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	30 szt.	05909991228279
1940	Meloxicamum	Meloxistad, tabl. powl., 15 mg	10 szt.	05909990431151
1941	Meloxicamum	Meloxistad, tabl. powl., 15 mg	20 szt.	05909990431168
1942	Meloxicamum	Movalis, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990464418
1943	Meloxicamum	Movalis, tabl., 15 mg	10 szt.	05909990464425
1944	Meloxicamum	Opokan forte, tabl., 15 mg	10 szt.	05909990612406
1945	Meloxicamum	Opokan forte, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990612420
1946	Meloxicamum	Remolexam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909991343354
1947	Meloxicamum	Trosicam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05909990866625
1948	Melphalanum	Alkeran, tabl.powl., 2 mg	25 szt.	05909990283514
1949	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112
1950	Mesalazinum	Asamax 250, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991083816
1951	Mesalazinum	Asamax 250, tabl. dojel., 250 mg	100 szt.	05909991084011
1952	Mesalazinum	Asamax 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991083915

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1953	Mesalazinum	Asamax 500, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991084110
1954	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	15 szt.	05907529110003
1955	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	05907529110027
1956	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	14 szt.	05907529109908
1957	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	28 szt.	05907529110010
1958	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991074012
1959	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	05907529109809
1960	Mesalazinum	Pentasa, czopki, 1 g	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990656813
1961	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	50 sasz.po 2 g granulatu	05909990855315
1962	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 2 g	60 sasz.	05909990974184
1963	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 4 g	30 sasz.	05909991273989
1964	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	60 szt.	05909990974375
1965	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990662111
1966	Mesalazinum	Pentasa, zawiesina doodbytnicza, 1 g/100 ml	7 butelek po 100 ml	05909990818815
1967	Mesalazinum	Salaza, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909991433857
1968	Mesalazinum	Salaza, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991448554
1969	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 1000 mg	100 szt.	05909991449964
1970	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991418847
1971	Mesalazinum	Salofalk 1 g, czopki, 1 g	30 szt.	05909990806430
1972	Mesalazinum	Salofalk 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909990422227
1973	Mesalazinum	Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990400119
1974	Mesalazinum	Salofalk, zawiesina doodbytnicza, 4 g/60 ml	7 but.po 60 ml	05909990970117
1975	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991395322
1976	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991395339
1977	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991395254
1978	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991395261
1979	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991395278
1980	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991395247
1981	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991395292
1982	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991395285
1983	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990765423
1984	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990765430
1985	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05903792661600
1986	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990765379
1987	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990765386
1988	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05903792661563
1989	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990765393

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1990	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990765409
1991	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05903792661587
1992	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991454722
1993	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991454654
1994	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991454708
1995	Metformini hydrochloridum	Etform 500, tabl. powl., 500 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990698141
1996	Metformini hydrochloridum	Etform 500, tabl. powl., 500 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990698172
1997	Metformini hydrochloridum	Etform 850, tabl. powl., 850 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990698257
1998	Metformini hydrochloridum	Etform 850, tabl. powl., 850 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990698271
1999	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt	07613421049317
2000	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	07613421049324
2001	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	07613421049331
2002	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt	07613421049256
2003	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	07613421049263
2004	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	07613421049270
2005	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt	07613421049287
2006	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	07613421049294
2007	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	07613421049300
2008	Metformini hydrochloridum	Etform, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991352400
2009	Metformini hydrochloridum	Etform, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991352417
2010	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990078974
2011	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990078981
2012	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990078998
2013	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05903060614444
2014	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990078943
2015	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990078950
2016	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909990078967
2017	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05903060614406
2018	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990079001
2019	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990079025
2020	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05909990079032
2021	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05903060614420
2022	Metformini hydrochloridum	Glucophage 1000 mg, tabl. powl., 1000 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990717248
2023	Metformini hydrochloridum	Glucophage 500 mg, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990789276
2024	Metformini hydrochloridum	Glucophage 850 mg, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990789290
2025	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909990864461
2026	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt. (2 blist.po 15 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**
2027	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990624768
2028	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909990213429
2029	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909990213436
2030	Metformini hydrochloridum	Glucophage, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990789306
2031	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991415631
2032	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991415648
2033	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991415624
2034	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991415372
2035	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909991415303
2036	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991415310
2037	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909991415327
2038	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909991415334
2039	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909991415341
2040	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05909991415358
2041	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990053056
2042	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990933181
2043	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990933198
2044	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991252069
2045	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991425845
2046	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909991425838
2047	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991425821
2048	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316
2049	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253
2050	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718
2051	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260
2052	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277
2053	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991404918
2054	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991404925
2055	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990652112
2056	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990933167
2057	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909990933174
2058	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991404895
2059	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991404901
2060	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990705894
2061	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990705474
2062	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990705726
2063	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991196110

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2064	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991195977
2065	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991196042
2066	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990220984
2067	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990220991
2068	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990221004
2069	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909990221028
2070	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990457212
2071	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990457229
2072	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909990457236
2073	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	04013054024331
2074	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990457311
2075	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990457328
2076	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05909990457335
2077	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	04013054024348
2078	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	05909991394585
2079	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991394554
2080	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991394431
2081	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991394462
2082	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	05909991394516
2083	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991394486
2084	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991271756
2085	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt	05909991271763
2086	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991271695
2087	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt	05909991271701
2088	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991271732
2089	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt	05909991271749
2090	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt	05909991453558
2091	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991453572
2092	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt	05909991453497
2093	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991453473
2094	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt	05909991453510
2095	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991453534
2096	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909991488390
2097	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991488413
2098	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909991488345
2099	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991488376
2100	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909991488086

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2101	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991488116
2102	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909991488147
2103	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909991488161
2104	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909991488215
2105	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909991488253
2106	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05909991488277
2107	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05909991488291
2108	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	20 ml	05909990718917
2109	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	100 ml	05909990792016
2110	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	10 ml	05909990719013
2111	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	05907626701852
2112	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	05907626701869
2113	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05907626701920
2114	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	05907626702040
2115	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1 ml	05909990735242
2116	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	05909990735273
2117	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	05909990735303
2118	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	05909990791286
2119	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791347
2120	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791392
2121	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791477
2122	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990791521
2123	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990928125
2124	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,25 ml	5909990922741
2125	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,35 ml	5909990922758
2126	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,45 ml	5909990922765
2127	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,55 ml	5909990922772
2128	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 15 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346867
2129	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346928
2130	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346980
2131	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991347048
2132	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730980
2133	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731093
2134	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	05055565731000
2135	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730904
2136	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730935
2137	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731048

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2138	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731130
2139	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730898
2140	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730928
2141	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730973
2142	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731031
2143	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731086
2144	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731123
2145	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730881
2146	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730911
2147	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	05055565730959
2148	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730966
2149	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731024
2150	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	05055565731062
2151	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731079
2152	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731116
2153	Methotrexatum	Methotrexat-Ebewe, tabl., 5 mg	50 szt.	05909990453825
2154	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05909991252724
2155	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05909991252762
2156	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05909991252809
2157	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05909991252847
2158	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05909991252700
2159	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 10 mg	100 szt.	05909991303617
2160	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 10 mg	100 szt.	06432100058607
2161	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 2,5 mg	100 szt.	05909991303570
2162	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05995327187051
2163	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	12 amp.-strz.	05995327187068
2164	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 12,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187082
2165	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 12,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187099
2166	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05995327187112
2167	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	12 amp.-strz.	05995327187129
2168	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 17,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187143
2169	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 17,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187150
2170	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05995327187174
2171	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	12 amp.-strz.	05995327187181
2172	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05995327187235
2173	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	12 amp.-strz.	05995327187242
2174	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg	4 amp.-strz.	05995327187297

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2175	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg	12 amp.-strz.	05995327187303
2176	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187020
2177	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187037
2178	Methylprednisoloni acetas	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814
2179	Methylprednisoloni acetas + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312
2180	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990683215
2181	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990683123
2182	Methylprednisolonum	Meprelon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/infuzji, 1000 mg	1 fiol. + 1 amp.	05909990939220
2183	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539
2184	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501
2185	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464
2186	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618
2187	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519
2188	Methylprednisolonum	Solu-Medrol, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 mg	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp.	05909990236718
2189	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529
2190	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420
2191	Metoprololi tartras	Metoprolol Medreg, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	08595566452483
2192	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991120948
2193	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991120962
2194	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991121051
2195	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991379391
2196	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	03830044949655
2197	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990883813
2198	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909990764242
2199	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991064525
2200	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	5909990157716
2201	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 30 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	5909990157822
2202	Mianserinum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	20 szt.	05909991124311
2203	Mianserinum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990796618
2204	Mianserinum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990796625
2205	Miconazoli nitras	Gyno-Femidazol, tabl. dopochwowe, 100 mg	15 szt.	05909990281312
2206	mieszanki alergoidów pyłku roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975419
2207	Moclobemidum	Aurorix, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909990094813
2208	Moclobemidum	Mobemid, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909990966813
2209	Moclobemidum	Moklar, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909990953714
2210	Mometasoni fuoras	Momester, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but. po 140 dawek	05909991195366
2211	Mometasoni furoas	Elitasone, maść, 1 mg/g	50 g	05906071039657

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2212	Mometasoni furoas	Metmin, aerozol do nosa, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991141004
2213	Mometasoni furoas	Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g	50 g	05909991097059
2214	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	50 g	05909991137441
2215	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	100 g	05909991236199
2216	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	50 ml	05909991087982
2217	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	100 ml	05909991296384
2218	Mometasoni furoas	Nasometin, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę odmierzoną	1 but.po 18 g	05909991031275
2219	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 but.po 140 daw.	05909991099695
2220	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991099688
2221	Montelukastum	Asmenol, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990670758
2222	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758
2223	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772
2224	Montelukastum	Astmodil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990881734
2225	Montelukastum	Astmodil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991422462
2226	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144
2227	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120
2228	Montelukastum	Milukante, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990668137
2229	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685
2230	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647
2231	Montelukastum	Monkasta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671243
2232	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990871858
2233	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991329235
2234	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743
2235	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767
2236	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990780266
2237	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907626703481
2238	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991457013
2239	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991472023
2240	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991472030
2241	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188
2242	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263
2243	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294
2244	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671090
2245	Montelukastum	Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990671052
2246	Montelukastum	Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990671076
2247	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263
2248	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2249	Montelukastum	Romilast, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991007300
2250	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827
2251	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121
2252	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220
2253	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926
2254	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022
2255	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919
2256	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015
2257	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237
2258	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534
2259	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633
2260	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336
2261	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435
2262	Morphini sulfas	Oramorph, krople doustne, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 20 ml	05909991436902
2263	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990336425
2264	Mycophenolas mofetil	CellCept, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990707614
2265	Mycophenolas mofetil	CellCept, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 1 g/5 ml	110 g (175 ml)	05909990980918
2266	Mycophenolas mofetil	CellCept, tabl., 500 mg	50 szt.	05909990707515
2267	Mycophenolas mofetil	Mycofit, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990754472
2268	Mycophenolas mofetil	Mycofit, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990750993
2269	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 250 mg kapsułki twarde, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990074563
2270	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 500 mg	50 szt. (blister)	05909990715268
2271	Mycophenolas mofetil	Myfenax, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990638185
2272	Mycophenolas mofetil	Myfenax, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990638208
2273	Nabumetonum	Nabuton VP, tabl., 500 mg	20 szt.	05909990962419
2274	Nabumetonum	Nabuton VP, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990962426
2275	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621
2276	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821
2277	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720
2278	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920
2279	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 9500 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990075829
2280	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932
2281	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038
2282	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 19000 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990837137
2283	Naldemedinum	Rizmoic, tabl. powl., 200 µg	28 szt.	05060431940073
2284	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg	60 szt.	05909991054991
2285	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg	60 szt.	05909991055066

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2286	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	30 szt.	05909990661404
2287	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	90 szt.	05909990661435
2288	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990661442
2289	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991040529
2290	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991040536
2291	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	15 szt.	05909990644179
2292	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990644186
2293	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991390099
2294	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 500 mg	30 szt.	05909991390143
2295	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 250 mg	10 szt.	05909990914319
2296	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 500 mg	10 szt.	05909990914418
2297	Naproxenum	Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg	20 szt.	05909990466818
2298	Naproxenum	Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990860685
2299	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	20 szt.	05909990615438
2300	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	60 szt.	05909990948536
2301	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	20 szt.	05909990624515
2302	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	60 szt.	05909990948543
2303	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	10 szt.	05909991023782
2304	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	20 szt.	05909991023799
2305	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	30 szt.	05909991023805
2306	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	60 szt.	05909991023836
2307	Natrii risedronas	Risendros 35, tabl. powl., 35 mg	4 szt.	05909990082599
2308	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt.	05909990042371
2309	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990042364
2310	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166
2311	Natrii valproas	Convulex, syrop, 50 mg/ml	1 but.po 100 ml	05909990023912
2312	Natrii valproas	Depakine, syrop, 288,2 mg/5 ml	150 ml	05909990307418
2313	Natrii valproas	ValproLEK 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909990619658
2314	Natrii valproas	ValproLEK 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990619672
2315	Nebivololi hydrochloridum	Nebivolol Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991369552
2316	Nebivololum	Daneb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990750290
2317	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990662425
2318	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990662456
2319	Nebivololum	Ivineb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990805495
2320	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991390358
2321	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991390372
2322	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990685189

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2323	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	56 szt.	05909990685202
2324	Nebivololum	Nebilenin, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990689774
2325	Nebivololum	Nebilet, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990670185
2326	Nebivololum	Nebinad, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990648719
2327	Nebivololum	Nebispes, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990673865
2328	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990653300
2329	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	56 szt.	05907626703597
2330	Nebivololum	Nebivolol Aurovitas, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991357047
2331	Nebivololum	Nebivolol Krka, tabl., 5 mg	30 szt.	03838989716172
2332	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990640997
2333	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641000
2334	Nebivololum	Nedal, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990642809
2335	Nimesulidum	Aulin, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz. po 2 g	05909990411436
2336	Nimesulidum	Aulin, tabl., 100 mg	15 szt.	05909990411320
2337	Nimesulidum	Aulin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990411337
2338	Nimesulidum	Nimesil, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz.po 2 g	05909991040338
2339	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990694778
2340	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990694785
2341	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990694754
2342	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990694761
2343	Norethisteroni acetas + Estradioli valeras	Cliovelle 1 mg / 0,5 mg tabletki, tabl., 1+0,5 mg	28 szt.	05909990067794
2344	Octreotidum	Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909991416461
2345	Octreotidum	Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909991416485
2346	Octreotidum	Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909991416508
2347	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459711
2348	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459612
2349	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459513
2350	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913
2351	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715
2352	Ofloxacinum	Tarivid 200, tabl. powl., 200 mg	10 szt.	05909990111213
2353	Olanzapina	Olanzin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991369781
2354	Olanzapina	Olanzin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991369743
2355	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990806799
2356	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990806843
2357	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990806881

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2358	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990806751
2359	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990824106
2360	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990827343
2361	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991461294
2362	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991461300
2363	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991480592
2364	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991480622
2365	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990824076
2366	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991095666
2367	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990697649
2368	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990697526
2369	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991136475
2370	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991136499
2371	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991136512
2372	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991136451
2373	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg	30 szt.	05901720140074
2374	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg	30 szt.	05901720140067
2375	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990793365
2376	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 10 mg	98 szt.	05909991230593
2377	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990793341
2378	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powl., 5 mg	98 szt.	05909991230586
2379	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990793389
2380	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	98 szt.	05909991230616
2381	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990793402
2382	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	98 szt.	05909991230609
2383	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990865956
2384	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990866021
2385	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990865901
2386	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990763467
2387	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990763481
2388	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990763498
2389	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990763443
2390	Olanzapinum	Olanzapine Mylan, tabl. powl., 10 mg	98 szt.	05902020926870
2391	Olanzapinum	Olanzapine Mylan, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05901878600451
2392	Olanzapinum	Olanzaran, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990767052
2393	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990766901
2394	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990766895

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2395	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990637218
2396	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990637126
2397	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990782260
2398	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 tabl.	05909991094539
2399	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990925186
2400	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990782253
2401	Olanzapinum	Olazax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990782246
2402	Olanzapinum	Olazax, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990782239
2403	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990781805
2404	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990781782
2405	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990335367
2406	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990335374
2407	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991066000
2408	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990422241
2409	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990422258
2410	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	112 szt.	05909991231910
2411	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 10 mg	120 szt.	05909991144265
2412	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990335343
2413	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909990335350
2414	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991065942
2415	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990422265
2416	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990422272
2417	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	112 szt.	05909991231927
2418	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05909991144258
2419	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990640287
2420	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991081911
2421	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991081812
2422	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990069866
2423	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	70 szt.	05909990069897
2424	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990069958
2425	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	70 szt.	05909990069989
2426	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990070008
2427	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	70 szt.	05909990070046
2428	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990069705
2429	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	70 szt.	05909990069750
2430	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	05909990069361
2431	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05901878600123

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2432	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05903792743061
2433	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991444570
2434	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	05909990069293
2435	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05903792743078
2436	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05901878600826
2437	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716
2438	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518
2439	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7,5 mg	30 szt.	05909991064617
2440	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990917013
2441	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991191184
2442	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 10 mg	120 szt.	05906414000610
2443	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05906414002744
2444	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05906414002737
2445	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05906414002768
2446	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05906414002751
2447	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990916917
2448	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991191177
2449	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05906414000603
2450	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990775682
2451	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	05906414000696
2452	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414000665
2453	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990775712
2454	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	05906414000702
2455	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414000672
2456	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990775729
2457	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	05906414000719
2458	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	05906414000689
2459	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990775675
2460	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	05906414000658
2461	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	05906414000641
2462	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990892129
2463	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05909990892143
2464	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990892150
2465	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05909990892174
2466	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990892303
2467	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	05909990892341
2468	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990892082

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2469	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	05909990892105
2470	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991097011
2471	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05903060609709
2472	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05909990849581
2473	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05903060609716
2474	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990849635
2475	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05903060609723
2476	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991096816
2477	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05903060609693
2478	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990914647
2479	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990914654
2480	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990914661
2481	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990914630
2482	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	1 wkład 30 dawek + 1 inh.	05909991257439
2483	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	wkład uzupełniający 30 dawek	05909991432034
2484	Omeprazolum	Agastin 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990068425
2485	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991140779
2486	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	56 szt.	05909991140809
2487	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990880225
2488	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420537
2489	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	56 szt.	05909990420544
2490	Omeprazolum	Goprazol 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990077663
2491	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	14 szt. (but. 20 ml)	05909990420612
2492	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420629
2493	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	90 szt.	05909990422654
2494	Omeprazolum	Helicid Forte, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990921324
2495	Omeprazolum	Heligen Neo, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991274467
2496	Omeprazolum	Heligen Neo, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991274511
2497	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991271442
2498	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990668779
2499	Omeprazolum	Polprazol PPH, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990077731
2500	Omeprazolum	Polprazol, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990772667
2501	Omeprazolum	Prazol, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990772933
2502	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991272753
2503	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991272739
2504	Omeprazolum	Progastim, kaps. dojel., 20 mg	1 but.po 28 szt.	05909990635450
2505	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990796298

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2506	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990796359
2507	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990796533
2508	Ondansetronum	Atossa, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990744510
2509	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	10 szt.	05909990777044
2510	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg	10 szt.	05909990777150
2511	Ondansetronum	Setronon, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990994717
2512	Ondansetronum	Zofran Zydis, liofilizat doustny, 8 mg	10 szt.	05909990888016
2513	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 4 mg	10 szt.	05909990001811
2514	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990001910
2515	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 150 mg	50 szt.	05909990048809
2516	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990048823
2517	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990048854
2518	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480
2519	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497
2520	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990825615
2521	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990825714
2522	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115
2523	Oxybutynini hydrochloridum	Driptane, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990783816
2524	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991427184
2525	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991427191
2526	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	100 szt.	05909990940769
2527	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	100 szt.	05909990941247
2528	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	100 szt.	05909990941407
2529	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	100 szt.	05909990941568
2530	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943
2531	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001
2532	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025
2533	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905
2534	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049
2535	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643
2536	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780
2537	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038
2538	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469
2539	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182
2540	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 tabl.	05909991184827
2541	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 tabl.	05909991184865
2542	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 tabl.	05909991184902

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2543	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 tabl.	05909991184742
2544	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 tabl.	05909991184940
2545	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05908289660425
2546	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05908289660432
2547	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05908289660449
2548	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05908289660418
2549	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	30 szt.	05909991381677
2550	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	30 szt.	05909991381783
2551	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	30 szt.	05909991381899
2552	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	30 szt.	05909991381561
2553	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05909990741366
2554	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05909990741472
2555	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05909990741595
2556	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05909990741878
2557	Pancreatinum	Lipancrea 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. Lipazy	60 szt.	05909990723164
2558	Pantoprazolum	Anesteloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990621040
2559	Pantoprazolum	Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990621026
2560	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909991128814
2561	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909991128418
2562	Pantoprazolum	Contix, tabl. powl., 20 mg	112 szt.	05909991246525
2563	Pantoprazolum	Contix, tabl. powl., 40 mg	112 szt.	05909991246532
2564	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990478767
2565	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990478774
2566	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990689842
2567	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990689859
2568	Pantoprazolum	Gerdin 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991245399
2569	Pantoprazolum	Gerdin 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991245337
2570	Pantoprazolum	IPP 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990085033
2571	Pantoprazolum	IPP 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990082643
2572	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645640
2573	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645732
2574	Pantoprazolum	Nolpaza 20 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990075003
2575	Pantoprazolum	Nolpaza 20, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990075041
2576	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990075089
2577	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909990075126
2578	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05909991448974
2579	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	28 szt.	05909991448967

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2580	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	28 szt.	05909991459789
2581	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05909991459796
2582	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 20 mg	90 szt.	05909990845521
2583	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 40 mg	90 szt.	05909990845552
2584	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990892761
2585	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991186371
2586	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990892853
2587	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909991186418
2588	Pantoprazolum	Pamyl 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991046897
2589	Pantoprazolum	Pamyl 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991046941
2590	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990817184
2591	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990817320
2592	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990698974
2593	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990698981
2594	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990699209
2595	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990793907
2596	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990794188
2597	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991139759
2598	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991035631
2599	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05907553017927
2600	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05907553017934
2601	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990652334
2602	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990652372
2603	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05909991069681
2604	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990730100
2605	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990730179
2606	Paroxetinum	Arketis tabletki 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990047109
2607	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	05909990425877
2608	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powl., 20 mg	60 szt. (1 poj.po 60 szt.)	05909990425884
2609	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	30 tabl.	05909991323615
2610	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	60 tabl.	05909991323646
2611	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990798346
2612	Paroxetinum	Paxtin 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990010189
2613	Paroxetinum	Paxtin 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990010202
2614	Paroxetinum	Rexetin, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991006310
2615	Paroxetinum	Xetanor 20 mg, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990570515
2616	Penicillaminum	Cuprenil, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909990126217

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2617	Perazinum	Perazin 100 mg, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990858514
2618	Perazinum	Perazin 200 mg, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991033453
2619	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990858415
2620	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990914838
2621	Perazinum	Perazin 50 mg, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991033422
2622	Perazinum	Pernazinum, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990199518
2623	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990202614
2624	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	60 szt.	05906745439141
2625	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991467715
2626	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909991467685
2627	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909991467678
2628	Perindoprili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909991467647
2629	Perindoprili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909991316600
2630	Perindoprili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 2,5+0,625 mg	30 szt.	05909991050290
2631	Perindoprili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909991050344
2632	Perindoprilum	Prenessa, tabl., 4 mg	30 szt. (1 x 30 szt.)	05909990569311
2633	Perindoprilum arginin um	Prestarium 10 mg, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990336081
2634	Perindoprilum arginin um	Prestarium 5 mg, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990337774
2635	Perindoprilum arginin um + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909990669400
2636	Perindoprilum arginin um + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990669332
2637	Perindoprilum arginin um + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909990669387
2638	Perindoprilum arginin um + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909990669301
2639	Perindoprilum arginin um + Indapamidum	Noliprel Bi-Forte, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990707782
2640	Perindoprilum arginin um + Indapamidum	Noliprel Forte, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055029
2641	Perindoprilum arginin um + Indapamidum	Tertensif Bi-Kombi, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990715206
2642	Perindoprilum arginin um + Indapamidum	Tertensif Kombi, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055678
2643	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990812615
2644	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614
2645	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 j.m.	30 szt.	05909990071029
2646	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	150 ml	05909990363223
2647	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 j.m.	12 szt.	05909990070916
2648	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 j.m.	30 szt.	05909990070923
2649	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 j.m.	12 szt.	05909990071012
2650	Phenoxymetylopenicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 60 ml	05904016013212
2651	Phenoxymetylopenicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 125 ml	05904016013205
2652	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990093519
2653	Phytomenadionum (vit. K1)	Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg	30 szt.	05909990772810

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2654	Pilocarpini hydrochloridum	Pilocarpinum WZF 2%, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990237524
2655	Piribedilum	Pronoran, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990846320
2656	pojedyncze alergoidy pyłków roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 500 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975310
2657	Posaconazolum	Posaconazole AHCL, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05055565754351
2658	Posaconazolum	Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	08595112678152
2659	Posaconazolum	Posaconazole Mylan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05901797710743
2660	Posaconazolum	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562
2661	Posaconazolum	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059
2662	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,26+0,52+1,05 mg	21 szt.	05909991238773
2663	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,05 mg	30 szt.	05909991238582
2664	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,57 mg	30 szt.	05909991238629
2665	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2,1 mg	30 szt.	05909991238667
2666	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946
2667	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712
2668	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416
2669	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312
2670	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411
2671	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185
2672	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192
2673	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	14 szt.	05909990009350
2674	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05909990009367
2675	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05903792743252
2676	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	14 szt.	05909990009282
2677	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	56 szt.	05909990009299
2678	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg	56 szt.	05901878600550
2679	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 75 mg	56 szt.	05901878600543
2680	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991378295
2681	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg	60 szt.	05909991378226
2682	Pregabalinum	Preato, tabl., 100 mg	56 szt.	05909991400460
2683	Pregabalinum	Preato, tabl., 150 mg	56 szt.	05909991400477
2684	Pregabalinum	Preato, tabl., 200 mg	56 szt.	05909991400484
2685	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991421236
2686	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991400453
2687	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 150 mg	70 szt.	05907626705072
2688	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 75 mg	70 szt.	05907626704839
2689	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355
2690	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2691	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231
2692	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238
2693	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380
2694	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991401450
2695	Propafenoni hydrochloridum	Polfenon, tabl. powl., 150 mg	20 szt.	05909990034123
2696	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powl., 10 mg	50 szt.	05909991033507
2697	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powl., 40 mg	50 szt.	05909991033590
2698	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111
2699	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210
2700	Pyrazinamidum	Pyrazinamid Farmapol, tabl., 500 mg	250 szt.	05909990263516
2701	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421
2702	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powl., 100 mg	60 tabl.	05909990910762
2703	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powl., 200 mg	60 tabl.	05909990910779
2704	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powl., 25 mg	30 tabl.	05909990897780
2705	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991326319
2706	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991326371
2707	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991326432
2708	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990719853
2709	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990720163
2710	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990719389
2711	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990720309
2712	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990806362
2713	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990806386
2714	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990806355
2715	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990722365
2716	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990722426
2717	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990722327
2718	Quetiapinum	Ketilept 100 mg, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990055562
2719	Quetiapinum	Ketilept 200 mg, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990055593
2720	Quetiapinum	Ketilept 25 mg, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990055531
2721	Quetiapinum	Ketilept 300 mg, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990055630
2722	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991219420
2723	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219468
2724	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219505
2725	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991219543
2726	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991219383
2727	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990058778

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2728	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	100 szt.	05909990058785
2729	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990081233
2730	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990058754
2731	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	100 szt.	05909990058761
2732	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990081196
2733	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 25 mg	100 szt.	05909990058808
2734	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990779062
2735	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990430857
2736	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990430888
2737	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990430840
2738	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219901
2739	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219963
2740	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991220020
2741	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909991219758
2742	Quetiapinum	Kventiax 100 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990074143
2743	Quetiapinum	Kventiax 200 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990074235
2744	Quetiapinum	Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990074068
2745	Quetiapinum	Kventiax 300 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990074280
2746	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991205591
2747	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991205676
2748	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991205737
2749	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991380922
2750	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991255367
2751	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05906414000894
2752	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990965373
2753	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909990965403
2754	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909990965441
2755	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990965335
2756	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990688234
2757	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	05909990688272
2758	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990688296
2759	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990688241
2760	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990688265
2761	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909991498870
2762	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909991498887
2763	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909991498856
2764	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990788590

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2765	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990788651
2766	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990788583
2767	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990788675
2768	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990736393
2769	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990736461
2770	Quetiapinum	Setinin, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990736492
2771	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991087180
2772	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991087258
2773	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991087005
2774	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991165710
2775	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991125516
2776	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991125615
2777	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990953882
2778	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991125417
2779	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990571468
2780	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990571475
2781	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991308971
2782	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991340766
2783	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990571499
2784	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990571505
2785	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991326012
2786	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991325954
2787	Ramiprilum	Axtil, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990337989
2788	Ramiprilum	Axtil, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990337958
2789	Ramiprilum	Axtil, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990337972
2790	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990661756
2791	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991344603
2792	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991477813
2793	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabletki, 10 mg	30 szt.	05909991369910
2794	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990212170
2795	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990212248
2796	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991338268
2797	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991479305
2798	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabletki, 5 mg	30 szt.	05909991369903
2799	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655
2800	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631
2801	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2802	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990924608
2803	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646
2804	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991093334
2805	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 2,5 mg	28 szt.	05909991093280
2806	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991093303
2807	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991316655
2808	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991316464
2809	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990916016
2810	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991401566
2811	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991411640
2812	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427153
2813	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447540
2814	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991463403
2815	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991458348
2816	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991452100
2817	Ramiprilum	Tritace 2,5, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990478217
2818	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990478316
2819	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991482398
2820	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480448
2821	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480523
2822	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990610532
2823	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991004392
2824	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427276
2825	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447939
2826	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991461973
2827	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990610440
2828	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	90 szt.	05909991004378
2829	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990610495
2830	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	90 szt.	05909991004385
2831	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991427252
2832	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991447953
2833	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991461959
2834	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909990936885
2835	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909990936854
2836	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909990936809
2837	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909990936779
2838	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909991142759

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2839	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	60 szt.	05909991142728
2840	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909991142636
2841	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	60 szt.	05909991142643
2842	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909991142681
2843	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	60 szt.	05909991142674
2844	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909991142520
2845	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	60 szt.	05909991142513
2846	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05903060611542
2847	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05903060611504
2848	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05903060611467
2849	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05903060611429
2850	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05907626709520
2851	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05907626709513
2852	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05907626709506
2853	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05907626709490
2854	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 2,5, tabl. powl., 2,5+2,5 mg	28 szt.	05909990973118
2855	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 5, tabl. powl., 5+5 mg	28 szt.	05909990973217
2856	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HD, tabl., 5+25 mg	30 szt.	05909990573233
2857	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HL, tabl., 2,5+12,5 mg	30 szt.	05909990573226
2858	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 2,5 Comb, tabl., 2,5+12,5 mg	28 szt.	05909990885312
2859	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 5 Comb, tabl., 5+25 mg	28 szt.	05909990885411
2860	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990085019
2861	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990084913
2862	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	05909990086115
2863	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	05909990086214
2864	Riluzolum	Riluzol PMCS, tabl. powl., 50 mg	56 szt.	05909990928156
2865	Risperidonum	Orizon, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. 100 ml	05909990690138
2866	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990831258
2867	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 1 mg	60 szt.	05909990831265
2868	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 2 mg	60 szt.	05909990831272
2869	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 3 mg	60 szt.	05909990831289
2870	Risperidonum	Orizon, tabl. powl., 4 mg	60 szt.	05909990831296
2871	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990044481
2872	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990044344
2873	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990044252
2874	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990044146
2875	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990336524

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2876	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 1 mg	60 szt.	05909990336548
2877	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990336487
2878	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 2 mg	60 szt.	05909990336500
2879	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990336555
2880	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 3 mg	60 szt.	05909990336579
2881	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990336586
2882	Risperidonum	Risperon, tabl. powl., 4 mg	60 szt.	05909990336609
2883	Risperidonum	Rispolept, roztwór doustny, 1 mg/ml	100 ml	05909990423828
2884	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990670413
2885	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990670512
2886	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990670611
2887	Risperidonum	Rispolept, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990670710
2888	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 1 mg	20 szt.	05909990567683
2889	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 2 mg	20 szt.	05909990567737
2890	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 3 mg	20 szt.	05909990567935
2891	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powl., 4 mg	20 szt.	05909990568031
2892	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	20 szt.	05909990034932
2893	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	50 szt.	05909990680849
2894	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	20 szt.	05909990034994
2895	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	50 szt.	05909990680863
2896	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 15 mg	14 szt.	05909990910601
2897	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 15 mg	42 szt.	05909990910663
2898	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powl., 20 mg	14 szt.	05909990910700
2899	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl., 10 mg	10 szt.	05909990658145
2900	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 13,3 mg/24 h	30 szt.	05909991478117
2901	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 4,6 mg/24h	30 szt.	05909991078386
2902	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991078454
2903	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991439415
2904	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991421762
2905	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 13,3 mg/24h	30 sasz.	05909991032609
2906	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 4,6 mg/24h	30 sasz.	05909990066704
2907	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 sasz.	05909990066766
2908	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990700646
2909	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990700684
2910	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990700707
2911	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990700738
2912	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990700752

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2913	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990700790
2914	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990700844
2915	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1,5 mg	28 szt.	05909990700660
2916	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	28 szt.	05909990700691
2917	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	56 szt.	05909990700721
2918	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	28 szt.	05909990700745
2919	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	56 szt.	05909990700769
2920	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	28 szt.	05909990700806
2921	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	56 szt.	05909990700851
2922	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990782048
2923	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	56 szt.	05909990782055
2924	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990782079
2925	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990782086
2926	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990782147
2927	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990782154
2928	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990782178
2929	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990782185
2930	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990816255
2931	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990816262
2932	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990816279
2933	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990816286
2934	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990816293
2935	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990982981
2936	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990983162
2937	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990983179
2938	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990983308
2939	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990983322
2940	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990983506
2941	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990983544
2942	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990778935
2943	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990778942
2944	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990778973
2945	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990779000
2946	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990877683
2947	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990878000
2948	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990878086
2949	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990992607

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2950	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990992683
2951	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990992775
2952	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990998586
2953	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990998982
2954	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990999156
2955	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 0,25 mg	210 szt.	05909990731954
2956	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 0,5 mg	21 szt.	05909990731985
2957	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 1 mg	21 szt.	05909990732074
2958	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 2 mg	21 szt.	05909990732227
2959	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 5 mg	21 szt.	05909990732333
2960	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909991049294
2961	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991049355
2962	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991049393
2963	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990990085
2964	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990990092
2965	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990990108
2966	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990988198
2967	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990988204
2968	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990988242
2969	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990983582
2970	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990983803
2971	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990983971
2972	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 0,5 mg	21 szt.	05909990013685
2973	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 1 mg	21 szt.	05909990013890
2974	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 2 mg	21 szt.	05909990013586
2975	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 5 mg	21 szt.	05909990013968
2976	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990644728
2977	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990644612
2978	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990644636
2979	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	84 szt.	05909991033781
2980	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	84 szt.	05909991033798
2981	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	84 szt.	05909991033804
2982	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990855766
2983	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990855773
2984	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991391485
2985	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990855780
2986	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991391683

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
2987	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990963874
2988	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990964239
2989	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990964321
2990	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991425883
2991	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991425906
2992	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991425920
2993	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991422875
2994	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991021184
2995	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991021337
2996	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991021375
2997	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991000141
2998	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991375799
2999	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991000158
3000	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991375812
3001	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991476984
3002	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991496579
3003	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991496586
3004	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991509415
3005	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991000165
3006	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991000103
3007	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991375775
3008	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990919604
3009	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05909991435950
3010	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990919659
3011	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991435981
3012	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990919673
3013	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990919574
3014	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991085674
3015	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991085698
3016	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991085759
3017	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909991085773
3018	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991085841
3019	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909991085865
3020	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991085599
3021	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991085636
3022	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991475079
3023	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991475086

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3024	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991475093
3025	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991475062
3026	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990895250
3027	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990895304
3028	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909990895380
3029	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05909990895403
3030	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05909990895458
3031	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990895533
3032	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909990895588
3033	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909990895663
3034	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05909990895687
3035	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 30 mg	90 szt.	05909990895724
3036	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990895786
3037	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 40 mg	90 szt.	05909990895892
3038	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990895106
3039	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990895182
3040	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990791743
3041	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 10 mg	84 szt.	05909990791781
3042	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990791873
3043	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 20 mg	84 szt.	05909990791927
3044	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990792009
3045	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 40 mg	84 szt.	05909990792061
3046	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990791606
3047	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990802623
3048	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990802647
3049	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05909991333973
3050	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991333959
3051	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990802685
3052	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909990802708
3053	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05909991334086
3054	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909991334062
3055	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990802753
3056	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909990802777
3057	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990802562
3058	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909990802586
3059	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990777785
3060	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 15 mg	90 szt.	05909991347079

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3061	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05997001369333
3062	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990777839
3063	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 30 mg	90 szt.	05909991347109
3064	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05997001369340
3065	Rosuvastatinum	Zaranta, tabletki powlekane, 40 mg	28 szt.	05909990777853
3066	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 10+10 mg	30 szt.	03838989707057
3067	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 10+10 mg	90 szt.	05909991397609
3068	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 15+10 mg	30 szt.	05909991397623
3069	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 15+10 mg	90 szt.	05909991397661
3070	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 20+10 mg	30 szt.	03838989707064
3071	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 20+10 mg	90 szt.	05909991397715
3072	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 5+10 mg	30 szt.	05909991397456
3073	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 5+10 mg	90 szt.	05909991397494
3074	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	28 szt.	05906414003352
3075	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	56 szt.	05906414003369
3076	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	28 szt.	05906414003321
3077	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	56 szt.	05906414003338
3078	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	28 szt.	05906414003383
3079	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	56 szt.	05906414003390
3080	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991463816
3081	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05909991463830
3082	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909991463762
3083	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05907626708493
3084	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 10+10 mg	60 szt.	05907626709315
3085	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05907626708509
3086	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 20+10 mg	60 szt.	05907626709322
3087	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05907626708486
3088	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 5+10 mg	60 szt.	05907626709308
3089	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powl., 100 mg	10 szt.	05909990847914
3090	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powl., 150 mg	10 szt.	05909990848010
3091	Rupatadinum	Rupaller, tabl., 10 mg	100 szt.	05909991429881
3092	Salbutamolum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065
3093	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991106928
3094	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991107826
3095	Salbutamolum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516
3096	Salbutamolum	Ventolin, aerozol wziewny, zawiesina, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990442010
3097	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3098	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991109424
3099	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	90 szt.	05909991109431
3100	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390
3101	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825
3102	Salmeterolum	Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	1 szt. (1 szt.po 120 daw.)	05909990623099
3103	Selegilinum	Selgres, tabl. powl., 5 mg	50 szt.	05909990404315
3104	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0,25 mg	1 wstrzykiwacz po 1,5 ml	05909991389901
3105	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0,5 mg	1 wstrzykiwacz po 1,5 ml	05909991389918
3106	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg	1 wstrzykiwacz po 3 ml	05909991389956
3107	Sertindolum	Serdolect, tabl. powl., 12 mg	28 szt.	05909991089313
3108	Sertindolum	Serdolect, tabl. powl., 16 mg	28 szt.	05909991089412
3109	Sertindolum	Serdolect, tabl. powl., 4 mg	30 szt.	05909991089214
3110	Sertraline	Asertin 100, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990422685
3111	Sertraline	Asertin 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990422692
3112	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991355739
3113	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991355654
3114	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990963317
3115	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991483807
3116	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990963218
3117	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990804368
3118	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990804344
3119	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	84 szt.	05909991279660
3120	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991279615
3121	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991279622
3122	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	84 szt.	05909991279561
3123	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991279516
3124	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991279523
3125	Sertralinum	Sertagen, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990046621
3126	Sertralinum	Sertagen, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990046690
3127	Sertralinum	Sertralina KRKA, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990919987
3128	Sertralinum	Sertralina KRKA, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990919888
3129	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990663163
3130	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990663040
3131	Sertralinum	Setaloft 100 mg, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990571963
3132	Sertralinum	Setaloft 50 mg, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990571925
3133	Sertralinum	Stimuloton, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990994816
3134	Sertralinum	Zoloft, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990753215

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3135	Sertralinum	Zoloft, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990753116
3136	Sertralinum	Zotral, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990569472
3137	Sertralinum	Zotral, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990013982
3138	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05909991418885
3139	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05909991418960
3140	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05909991418984
3141	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05391519923528
3142	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05391519923535
3143	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05391519923542
3144	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990618279
3145	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990618286
3146	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990618293
3147	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990649532
3148	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990649655
3149	Simvastatinum	Simratio 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991019723
3150	Simvastatinum	Simratio 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991019822
3151	Simvastatinum	Simratio 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991019945
3152	Simvastatinum	Simvacard 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990940110
3153	Simvastatinum	Simvacard 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990940219
3154	Simvastatinum	Simvacard 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990940318
3155	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990941025
3156	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990941124
3157	Simvastatinum	Simvagen 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990743650
3158	Simvastatinum	Simvagen 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990743667
3159	Simvastatinum	SimvaHEXAL 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990623273
3160	Simvastatinum	SimvaHEXAL 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990623297
3161	Simvastatinum	SimvaHEXAL 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990623334
3162	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990731565
3163	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990731671
3164	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990723591
3165	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990723829
3166	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990723812
3167	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990724031
3168	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990927616
3169	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990927715
3170	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990927838
3171	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990914012

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3172	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990914111
3173	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990982714
3174	Simvastatinum	Vastan, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991073114
3175	Simvastatinum	Vastan, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991073213
3176	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990935116
3177	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990055722
3178	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990935215
3179	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990935314
3180	Simvastatinum	Zocor 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990365913
3181	Simvastatinum	Zocor 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990366026
3182	Simvastatinum	Zocor 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	5909990769124
3183	Sirolimusum	Rapamune, roztwór doustny, 1 mg/ml	60 ml	05909990893645
3184	Sirolimusum	Rapamune, tabl. draż., 1 mg	30 szt.	05909990985210
3185	Sitagliptinum	Januvia, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990055920
3186	Sitagliptinum	Jazeta, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991480509
3187	Sitagliptinum	Juzina, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05907594032880
3188	Sitagliptinum	Lonamo, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05995327182650
3189	Sitagliptinum	Lonamo, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05995327182667
3190	Sitagliptinum	Maysiglu, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	03838989721473
3191	Sitagliptinum	Sigletic, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991424558
3192	Sitagliptinum	Simlerid, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05907626709803
3193	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991421137
3194	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991420970
3195	Sitagliptinum	Sitagliptin BIOTON, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05903792662263
3196	Sitagliptinum	Sitagliptin Medical Valley, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991470883
3197	Sitagliptinum	Sitagliptin STADA, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991481131
3198	Sitagliptinum	Sitagliptin SUN, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991473174
3199	Sitagliptinum	Sitagliptin SUN, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991473105
3200	Sitagliptinum	Symgliptin, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05905669739351
3201	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Combodiab, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05903792662270
3202	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg	28 szt.	05900411004657
3203	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	56 szt.	05900411003551
3204	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+500 mg	56 szt.	05900411002998
3205	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Eprocliv, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05907626709728
3206	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Jamesi, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05909991483739
3207	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Jamesi, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	05909991483647
3208	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Janumet, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05909990929771

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3209	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Juzimette, tabl. powl., 50+1000 mg	60 szt.	05907594033207
3210	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Juzimette, tabl. powl., 50+850 mg	60 szt.	05907594033139
3211	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Lonamo Duo, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05995327182704
3212	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Lonamo Duo, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	05995327182698
3213	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Maymetsi, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	03838989744557
3214	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Maymetsi, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	03838989744571
3215	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax Combi, tabl. powl., 50+1000 mg	60 szt.	05909991483265
3216	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	60 szt.	05909991488659
3217	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05909991451172
3218	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	05909991451042
3219	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Symetlip, tabl. powl., 50+1000 mg	56 szt.	05905669739689
3220	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Symetlip, tabl. powl., 50+850 mg	56 szt.	05905669739597
3221	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05906414003758
3222	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05906414003741
3223	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991349325
3224	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991349226
3225	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991461393
3226	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991461317
3227	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991405960
3228	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991405991
3229	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991405953
3230	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991405922
3231	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991339135
3232	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991422394
3233	Solifenacini succinas	Solifenacin Medreg, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991314620
3234	Solifenacini succinas	Solifurin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991351304
3235	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05901720140388
3236	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05901720140340
3237	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991371777
3238	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991371753
3239	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991312640
3240	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991312633
3241	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991140069
3242	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991139995
3243	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05906720536148
3244	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05906720536117
3245	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991382308

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3246	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909991382315
3247	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991382278
3248	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powl., 5 mg	100 szt.	05909991382285
3249	Sotalolum	Sotahexal 160, tabl., 160 mg	20 szt.	05909990309115
3250	Sotalolum	Sotahexal 80, tabl., 80 mg	20 szt.	05909990309016
3251	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powl., 1,5 mln j.m.	16 szt.	05909990098613
3252	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powl., 3 mln j.m.	10 szt.	05909990692118
3253	Spironolactonum	Finospir, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990965977
3254	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990965861
3255	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990965854
3256	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990965878
3257	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	100 szt.	05909990965885
3258	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powl., 100 mg	20 szt.	05909990673124
3259	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991244651
3260	Spironolactonum	Spironol, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909991244668
3261	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216
3262	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223
3263	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 100 mg	30 szt.	05909990488513
3264	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 50 mg	30 szt.	05909990488414
3265	Spironolactonum	Verospiron, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990117215
3266	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990312719
3267	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, syrop, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990312610
3268	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990276219
3269	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt.	05909990117529
3270	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990117611
3271	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990117710
3272	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990117819
3273	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990864416
3274	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423
3275	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316
3276	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323
3277	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990283217
3278	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg	24 szt.	05909991380410
3279	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991380465
3280	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg	24 szt.	05909991380373
3281	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg	24 szt.	05909990159314
3282	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg	24 szt.	05909990159512

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3283	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990159437
3284	Szczepionka przeciw pneumokokom sacharydowa, skoniugowana, adsorbowana (13-walentna)	Prevenar 13, zawiesina do wstrzykiwań, 0,5 ml	1 amp.-strzyk. + 1 igła	05909990737420
3285	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990051052
3286	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 1 mg	30 szt.	05909990051076
3287	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	30 szt.	05909990699957
3288	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 5 mg	30 szt.	05909990051137
3289	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990783489
3290	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990783571
3291	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990783533
3292	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 0,5 mg	30 szt.	07613421037024
3293	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 1 mg	30 szt.	07613421037000
3294	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 2 mg	30 szt.	07613421037048
3295	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 3 mg	30 szt.	07613421037031
3296	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 5 mg	30 szt.	07613421037017
3297	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,75 mg	30 szt.	05909991192709
3298	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	30 szt.	05909991192730
3299	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	90 szt.	05909991192754
3300	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909991192761
3301	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909991148713
3302	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990447213
3303	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990447312
3304	Tafluprostum	Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml	1 but.po 3 ml	05909991372927
3305	Tafluprostum + Timololum	Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml	30 poj. jednodawkowych 0,3 ml	05909991220327
3306	Tamoxifenum	Tamoxifen Sandoz, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990331017
3307	Tamoxifenum	Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990775316
3308	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05900411005883
3309	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05900411005906
3310	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	120 szt.	05900411005920
3311	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990622726
3312	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05906414001501
3313	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990045006
3314	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909990900794
3315	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909990894642
3316	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990894598
3317	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990573585
3318	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909990573592
3319	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991470685

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3320	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991470692
3321	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991496791
3322	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991496807
3323	Tamsulosini hydrochloridum	Omsal 0,4 mg kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990586196
3324	Tamsulosini hydrochloridum	Prostamnic, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990573257
3325	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990048007
3326	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909991092184
3327	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990044382
3328	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991136321
3329	Tamsulosini hydrochloridum	Tamiron, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991332709
3330	Tamsulosini hydrochloridum	TamisPras, tabl. o przedłużonym działaniu, 0,4 mg	30 szt.	05909990980451
3331	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05907626708417
3332	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	60 szt.	05907626708400
3333	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990570386
3334	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsiger, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	09008732011845
3335	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990565948
3336	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsugen 0,4 mg, kapsułki o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990570690
3337	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	08595566453992
3338	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	08595566454036
3339	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz ERAS, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990847808
3340	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990430895
3341	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909991191221
3342	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	60 szt.	05909991191214
3343	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909991199081
3344	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990566068
3345	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	60 szt.	05909990566075
3346	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05907587609235
3347	Tamsulosini hydrochloridum	Urostad 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarda, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909997216393
3348	Tamsulosinum	Omnic 0,4, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990716418
3349	Tamsulosinum	Omnic Ocas 0,4, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990219070
3350	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990865598
3351	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990865635
3352	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990865666
3353	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 250 mg	60 szt.	05909990865697
3354	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909990865567

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3355	Telmisartan	Telmix, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990974887
3356	Telmisartan	Telmix, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990974993
3357	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990891832
3358	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990891863
3359	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990440825
3360	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670
3361	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700
3362	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991060220
3363	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991060268
3364	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991391713
3365	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991391720
3366	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991036768
3367	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991036867
3368	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991229801
3369	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991461355
3370	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991388003
3371	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991388034
3372	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991018429
3373	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991018436
3374	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863
3375	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979
3376	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990902002
3377	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990902095
3378	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990818082
3379	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991086626
3380	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991423551
3381	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991423568
3382	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991453060
3383	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991453077
3384	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990818150
3385	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991086633
3386	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991423575
3387	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991423582
3388	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991453299
3389	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991453305
3390	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	28 szt.	05909997077604
3391	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 szt.	05909997077628

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3392	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	05909997077635
3393	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05909997077673
3394	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05909997077697
3395	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05909997077703
3396	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05903792743566
3397	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05903792743559
3398	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05903792743542
3399	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05901878600901
3400	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05901878600864
3401	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05901878600871
3402	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	30 szt.	05903792743580
3403	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990840472
3404	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990840489
3405	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990840557
3406	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990840564
3407	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990941841
3408	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990941926
3409	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05903060616684
3410	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05903060616660
3411	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05903060616721
3412	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05903060616707
3413	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05909991338626
3414	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05909991338541
3415	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	56 szt.	05909991338565
3416	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	84 szt.	05909991338589
3417	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05909991338787
3418	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	56 szt.	05909991338800
3419	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	84 szt.	05909991338824
3420	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05909991338701
3421	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	56 szt.	05909991338725
3422	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	84 szt.	05909991338749
3423	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991056247
3424	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991056773
3425	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Gisartan, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991080051
3426	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Gisartan, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991080174
3427	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909991020026
3428	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909990653027

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3429	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991079451
3430	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991079598
3431	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991079703
3432	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991388157
3433	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991388188
3434	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991388218
3435	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991073732
3436	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991073848
3437	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991073909
3438	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991410667
3439	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991417932
3440	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991417963
3441	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991418007
3442	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991082338
3443	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991082529
3444	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991082598
3445	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991095994
3446	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991096007
3447	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991096038
3448	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991096045
3449	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991096069
3450	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991096076
3451	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991045180
3452	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991045203
3453	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	84 szt.	05909991045265
3454	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991045692
3455	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991045722
3456	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	84 szt.	05909991045746
3457	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991045807
3458	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991045852
3459	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	84 szt.	05909991045876
3460	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	28 szt.	05909991081874
3461	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	56 szt.	05909991081898
3462	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	28 szt.	05909991081942
3463	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	56 szt.	05909991081966
3464	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	28 szt.	05909991082062
3465	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	56 szt.	05909991082086

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3466	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991226381
3467	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991330040
3468	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991226398
3469	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991330057
3470	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991226404
3471	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991330064
3472	Telmisartanum + Indapamidum	Ylpio, tabl., 80+2,5 mg	30 szt.	05909991463557
3473	Terazosinum	Hytrin, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990768011
3474	Terazosinum	Hytrin, tabl., 2 mg	28 szt.	05909990767816
3475	Terazosinum	Hytrin, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990767915
3476	Terazosinum	Kornam, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990484119
3477	Terazosinum	Kornam, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990484317
3478	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990621057
3479	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990621064
3480	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990419050
3481	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990419043
3482	Terbinafinum	Zelefion, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990645503
3483	tert-Butylamini Perindoprilum	Prenessa, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990662494
3484	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990653614
3485	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990653621
3486	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	30 szt.	05909990908165
3487	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	90 szt.	05909990908189
3488	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	30 szt.	05909990908134
3489	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	90 szt.	05909990908158
3490	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	30 szt.	05909990908240
3491	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	90 szt.	05909990908264
3492	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	30 szt.	05909990908196
3493	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	90 szt.	05909990908233
3494	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001860
3495	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001877
3496	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001839
3497	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001846
3498	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001921
3499	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001938
3500	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001891
3501	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestozek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001907
3502	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg	30 szt.	05909990746569

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3503	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa, tabl., 8+2,5 mg	30 szt.	05909990850167
3504	Tetrabenazinum	Tetmodis, tabl., 25 mg	112 szt.	05909990805594
3505	Theophylline	Theospirex retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990803910
3506	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 200 mg	30 szt.	09120099670104
3507	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 300 mg	30 szt.	09120099670111
3508	Theophyllinum	Theospirex retard 300 mg, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990261215
3509	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powl., 6,5 mg	50 szt.	05909990242511
3510	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 10 mg	50 szt.	05909990058839
3511	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 15 mg	50 szt.	05909990058846
3512	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powl., 5 mg	50 szt.	05909990058822
3513	Tianeptinum	Atinepte, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt.	05909990997152
3514	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg	30 szt.	05909991267131
3515	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg	30 szt.	05909991290016
3516	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990370214
3517	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt.	05909990875245
3518	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powl., 12,5 mg	90 szt.	05909991201821
3519	Timololum	Cusimolol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990187713
3520	Timololum	Oftensin, krople do oczu, roztwór, 2,5 mg/ml	5 ml	05909990073610
3521	Timololum	Oftensin, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	5 ml	05909990073719
3522	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214
3523	Tiotropii bromidum	Braltus, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 10 µg/dawkę dostarczaną	30 szt. + 1 inhalator	05909991299545
3524	Tiotropium	Ontipria, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991456276
3525	Tiotropium	Spiriva Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5 µg/dawkę odmierzoną	1 wkł.po 30 dawek leczniczych (60 dawek odmierzonych) + 1 inhalator Respimat	05909990735839
3526	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985111
3527	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985128
3528	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps.	05909991253998
3529	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991254001
3530	Tizanidinum	Sirdalud MR, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 6 mg	30 szt.	05909990671410
3531	Tizanidinum	Tizanor, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990784486
3532	Tolterodini hydrogenotartras	Uroflow 2, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909990648641
3533	Tolterodini tartras	Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991055271
3534	Tolterodini tartras	Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	90 szt.	05909991139520
3535	Tolterodini tartras	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	28 szt.	05909991035235
3536	Tolterodini tartras	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991035549
3537	Tolterodini tartras	Tolzurin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	28 szt.	05909991023485
3538	Tolterodini tartras	Tolzurin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991023522

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3539	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	60 szt.	05909991008642
3540	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	05909991008666
3541	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	60 szt.	05909991008680
3542	Tolterodini tartras	Uroflow SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	05909991437473
3543	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990649594
3544	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05909990649617
3545	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909990649556
3546	Topiramatum	Epitoram, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990649570
3547	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990061495
3548	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 200 mg	28 szt.	05909990061464
3549	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909990061488
3550	Topiramatum	Etopro, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990061471
3551	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990715169
3552	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 25 mg	60 szt.	05909990715084
3553	Topiramatum	Oritop, tabl. powl., 50 mg	60 szt.	05909990715145
3554	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 100 mg	1 but.po 28 szt.	05909990759019
3555	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 200 mg	1 but.po 28 szt.	05909990759118
3556	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 25 mg	1 but.po 28 szt.	05909990758814
3557	Topiramatum	Topamax, tabl. powl., 50 mg	1 but.po 28 szt.	05909990758913
3558	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 100 mg	30 szt. (blister)	05909990671496
3559	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990671502
3560	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 25 mg	30 szt. (blister)	05909990671472
3561	Topiramatum	Toramat, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990671489
3562	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990967612
3563	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990967629
3564	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990967636
3565	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990967711
3566	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990967728
3567	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990967735
3568	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990967810
3569	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990967827
3570	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990967834
3571	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718
3572	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012
3573	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029
3574	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300
3575	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
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3576	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol SYNTEZA, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619
3577	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol SYNTEZA, krople doustne, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718
3578	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990786213
3579	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990786220
3580	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990786237
3581	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990786312
3582	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990786329
3583	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990786336
3584	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991480691
3585	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909991480707
3586	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990786411
3587	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990786428
3588	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990786435
3589	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	05909990780303
3590	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990780334
3591	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	05909990780341
3592	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990253616
3593	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990253913
3594	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml z pompką	05909990253920
3595	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990253814
3596	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990253821
3597	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167
3598	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923
3599	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595
3600	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930
3601	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794
3602	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243
3603	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763
3604	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294
3605	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287
3606	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300
3607	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076
3608	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991482060
3609	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991482077
3610	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984
3611	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991
3612	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 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**
3613	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472
3614	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	08595566452230
3615	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	08595566452247
3616	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powl., 37,5+325 mg	90 szt.	08595566452254
3617	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488
3618	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457
3619	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powl., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563
3620	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735
3621	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742
3622	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759
3623	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powl., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766
3624	Travoprostum	Travatan, krople do oczu, roztwór, 0,04 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990942619
3625	Travoprostum	Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909991197629
3626	Travoprostum	Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 poj.a 2,5 ml	05909991321949
3627	Travoprostum	Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	3 poj.a 2,5 ml	05909991321956
3628	Travoprostum + Timololum	DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990586172
3629	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	4 but.a 2,5 ml	05909991347826
3630	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909991347819
3631	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991347802
3632	Travoprostum + Timololum	Travoprost + Timolol Medical Valley, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991447106
3633	Travoprostum + Timololum	Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991350420
3634	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990918720
3635	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990715497
3636	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990918621
3637	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991094645
3638	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991094799
3639	Triamcinolonum	Polcortolon, tabl., 4 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990915446
3640	Triptorelinum	Diphereline SR 11,25 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu do wstrzykiwań, 11,25 mg	1 fiol. + 1 amp.po 2 ml + 1 strz. + 2 igły	05909990894413
3641	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
3642	Triptorelinum	Gonapeptyl Daily, roztwór do wstrzykiwań, 0,1 mg/ml	7 amp.-strz.po 1 ml	05909990707553
3643	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125524
3644	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125623
3645	Umeclidinii bromidum	Incruse Ellipta, proszek do inhalacji, 55 µg	30 daw.	05909991108953
3646	Umeclidinii bromidum + Vilanterolum	Anoro Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 55+22 µg	1 inhalator po 30 dawek	05909991108984
3647	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3648	Valganciclovirum	Valcyte, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 50 mg/ml	1 but.po 12 g	05902768001082
3649	Valganciclovirum	Valhit, tabl. powl., 450 mg	60 szt.	05909991284381
3650	Valsartanum	AuroValsart, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909991345815
3651	Valsartanum	AuroValsart, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991345785
3652	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990773763
3653	Valsartanum	Avasart, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990773695
3654	Valsartanum	Bespres, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990751877
3655	Valsartanum	Bespres, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990751594
3656	Valsartanum	Diovan, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990929214
3657	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990831067
3658	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 160 mg	56 szt.	05909990831081
3659	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909990831159
3660	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990830961
3661	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powl., 80 mg	56 szt.	05909990830985
3662	Valsartanum	Tensart, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990682065
3663	Valsartanum	Tensart, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990681877
3664	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074969
3665	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	60 szt.	05909990818983
3666	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 160 mg	90 szt.	05909990818990
3667	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909990779147
3668	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909991460914
3669	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	28 szt.	05909991455798
3670	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 320 mg	30 szt.	05909991483036
3671	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074945
3672	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	60 szt.	05909990818853
3673	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	90 szt.	05909990818860
3674	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909991282608
3675	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991282455
3676	Valsartanum	Valtap, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990804580
3677	Valsartanum	Valtap, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990804542
3678	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330
3679	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286
3680	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990827480
3681	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990827459
3682	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	AuroValsart HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909991323837
3683	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	AuroValsart HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909991323875
3684	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	AuroValsart HCT, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991323783

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3685	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990874255
3686	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990740864
3687	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909991305949
3688	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740833
3689	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990829989
3690	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990830008
3691	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990830107
3692	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+25 mg	56 szt.	05909990830138
3693	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990830176
3694	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 320+25 mg	28 szt.	05909990830244
3695	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990829927
3696	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990829941
3697	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990740246
3698	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990740253
3699	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	98 szt.	05909990740260
3700	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990740277
3701	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	56 szt.	05909990740284
3702	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	98 szt.	05909990740291
3703	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990847464
3704	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 320+25 mg	28 szt.	05909990847501
3705	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740192
3706	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990740208
3707	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 80+12,5 mg	98 szt.	05909990740239
3708	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990704132
3709	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990704262
3710	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990801961
3711	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990802005
3712	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990862375
3713	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990862399
3714	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990862351
3715	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991197735
3716	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	60 szt.	05909991197728
3717	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990047956
3718	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991383886
3719	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991394400
3720	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990047901
3721	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990047895

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3722	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991383978
3723	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991394318
3724	Venlafaxinum	Alventa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991453879
3725	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660650
3726	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660636
3727	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660643
3728	Venlafaxinum	Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990494019
3729	Venlafaxinum	Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990493913
3730	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990715374
3731	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990715299
3732	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990715350
3733	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990721528
3734	Venlafaxinum	Faxigen XL 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990721498
3735	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990721504
3736	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990691883
3737	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990691760
3738	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990691906
3739	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991377168
3740	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991377502
3741	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991377359
3742	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	98 szt.	05909990795833
3743	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990795826
3744	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 225 mg	28 szt.	05909991481711
3745	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	98 szt.	05909990795819
3746	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990795802
3747	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	98 szt.	05909990795796
3748	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990795789
3749	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990727520
3750	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990727490
3751	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990727506
3752	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991092030
3753	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991091996
3754	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991135096
3755	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990056293
3756	Venlafaxinum	Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990055982
3757	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990056279
3758	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990767625

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
3759	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990767601
3760	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990424672
3761	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt.	05909990040971
3762	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990040995
3763	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powl., 120 mg	20 szt.	05909990045419
3764	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powl., 40 mg	20 szt.	05909990045211
3765	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powl., 80 mg	20 szt.	05909990045310
3766	Vigabatrinum	Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712
3767	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990312818
3768	Vildagliptinum	Anvildis, tabl., 50 mg	56 szt.	05901812162076
3769	Vildagliptinum	Galvus, tabl., 50 mg	28 szt.	07613421058876
3770	Vildagliptinum	Galvus, tabl., 50 mg	56 szt.	07613421058883
3771	Vildagliptinum	Gliptivil, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991492724
3772	Vildagliptinum	Gliptivil, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991492731
3773	Vildagliptinum	Glypvilo, tabl., 50 mg	60 szt.	05909991372385
3774	Vildagliptinum	Kwikaton, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991457570
3775	Vildagliptinum	Kwikaton, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991457556
3776	Vildagliptinum	Viglita, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991401863
3777	Vildagliptinum	Viglita, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991401887
3778	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Anvildis Duo, tabl. powl., 50+1000 mg	60 szt.	05901812162434
3779	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Anvildis Duo, tabl. powl., 50+850 mg	60 szt.	05901812162403
3780	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Vimetso, tabl. powl., 50+1000 mg	60 szt.	03838989736248
3781	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Vimetso, tabl. powl., 50+850 mg	60 szt.	03838989736255
3782	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	05909991063177
3783	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05055565731536
3784	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05702150155153
3785	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05702150155146
3786	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 3 mg	100 szt.	05909990622368
3787	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990622382
3788	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	2 fiol.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909990766871
3789	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
3790	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 80 mg	56 szt.	05909990681228
3791	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990189212
3792	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990189229
3793	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909990126729
3794	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powl., 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 2022 r. poz. 2561, 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	Proursan, 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	Acidum ursodeoxycholicum	Ursoxyn, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909991325794
6	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909990058747
7	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Airiam, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05909991503505
8	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	08025153006800
9	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	poj.po 180 daw.	05909990054152
10	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	1 inh.po 180 daw.	08025153003144
11	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	2 inh.po 180 daw.	08025153003205
12	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909991245696
13	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144
14	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151
15	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629
16	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650
17	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698
18	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337354
19	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337323
20	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337286
21	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793
22	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991204082
23	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809
24	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991203986
25	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335169
26	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335176
27	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522
28	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539
29	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg	60 szt.	05909990926213
30	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg	60 szt.	05909990926312
31	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 szt.	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	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313
35	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412
36	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445615
37	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445714
38	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445813
39	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099
40	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991269784
41	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 dawek	07613421020866
42	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	07613421047047
43	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476
44	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458
45	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625
46	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg	1 inhalator (120 dawek)	05909991136932
47	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg	1 inhalator (60 dawek)	05909991136963
48	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620971
49	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	2 inh.po 60 daw.	05903060620988
50	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620995
51	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074
52	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241
53	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886
54	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910
55	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315
56	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216
57	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223
58	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117
59	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515
60	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614
61	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215
62	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116
63	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917
64	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924
65	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064
66	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057
67	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991302108

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
68	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429
69	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528
70	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920
71	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328
72	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427
73	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821
74	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026
75	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126
76	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164
77	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05906395161096
78	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05906395161010
79	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05906395161034
80	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05906395161058
81	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05906395161072
82	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414
83	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815
84	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917
85	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621
86	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720
87	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522
88	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829
89	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	60 daw.	05909990851416
90	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	120 daw.	05909990851423
91	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	60 daw.	05909990851515
92	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	120 daw.	05909990851522
93	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317
94	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401771
95	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401788
96	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg	120 szt.	05909990938001
97	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858
98	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 szt.	05909990938025
99	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889
100	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931
101	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955
102	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991442064

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
103	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915
104	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870
105	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523
106	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887
107	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530
108	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894
109	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547
110	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447557
111	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447595
112	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447632
113	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670
114	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687
115	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732
116	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749
117	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756
118	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763
119	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787
120	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770
121	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 120 dawek	05909991403959
122	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 inhalator 120 dawek	05909991403966
123	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 inhalator 120 dawek	05909991403898
124	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626
125	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657
126	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900
127	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924
128	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931
129	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014
130	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113
131	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918
132	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422
133	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521
134	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620
135	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991078980
136	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991079055
137	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477585
138	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477592

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
139	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, proszek do inhalacji, podzielony, 50+25 µg/dawkę	1 poj. 120 dawek	05909991477578
140	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990792924
141	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	180 szt.	07613421020934
142	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 kaps.	05909990937981
143	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990975914
144	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777
145	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400
146	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	120 szt.	05909991218287
147	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	180 szt.	05909991218294
148	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446
149	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219
150	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318
151	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 kaps.	05909990849000
152	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990996681
153	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140
154	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298
155	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059
156	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	10 wstrzykiwaczy 3 ml SoloStar	05909991429171
157	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915
158	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981
159	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814
160	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991369668
161	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	10 wkł.po 3 ml	05712249124441
162	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml Penfill	05909991371562
163	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909990005741
164	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982
165	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555
166	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkładów po 3 ml	05909990895717
167	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538
168	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483
169	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575
170	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197
171	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920
172	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853113
173	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958566
174	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853311
175	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**
176	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853519
177	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958580
178	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852413
179	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958597
180	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852116
181	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958603
182	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014
183	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717
184	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011
185	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923
186	Insulinum humanum	Insuman Basal, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672448
187	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323
188	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121
189	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921
190	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027
191	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126
192	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324
193	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525
194	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822
195	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010
196	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614
197	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422
198	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553
199	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123
200	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165
201	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536
202	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909991185879
203	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019
204	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114
205	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236
206	Lamotriginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766
207	Lamotriginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759
208	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480
209	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991496296
210	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319
211	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210
212	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
213	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325
214	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092
215	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617
216	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419
217	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518
218	Lamotriginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616
219	Lamotriginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418
220	Lamotriginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517
221	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149
222	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990928248
223	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990928200
224	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990928224
225	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990928231
226	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml + 1 strzykawka 10 ml	05909990006755
227	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990989805
228	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990989379
229	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991374501
230	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990921737
231	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990921751
232	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990921492
233	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990921577
234	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990921591
235	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990921652
236	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522
237	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676
238	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990971305
239	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990970957
240	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990971060
241	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990971183
242	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml (but.)	05909990958672
243	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990959129
244	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990959167
245	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990958986
246	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990959037
247	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990958856
248	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	05909990958894
249	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990998302

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
250	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990998357
251	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990998135
252	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990998180
253	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990998203
254	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990998258
255	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powl., 750 mg	100 szt.	05909990998272
256	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909991031992
257	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909991032043
258	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909991031497
259	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909991031602
260	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909991031640
261	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909991031886
262	Levetiracetamum	Trund, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml ze strz.po 10 ml i łącznikiem	05909990925841
263	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990925940
264	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 1000 mg	100 szt.	05909990925957
265	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990925858
266	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990925872
267	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 500 mg	100 szt.	05909990925889
268	Levetiracetamum	Trund, tabl. powl., 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. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990936250
272	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990935956
273	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990936052
274	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990936151
275	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991439699
276	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991439705
277	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991439712
278	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991439729
279	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991439736
280	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991439743
281	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991439750
282	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991439774
283	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991439675
284	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991439682
285	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991431907
286	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991431914

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
287	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991431884
288	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991431891
289	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419
290	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426
291	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006
292	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518
293	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525
294	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037
295	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617
296	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624
297	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716
298	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815
299	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112
300	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129
301	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211
302	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228
303	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310
304	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327
305	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986
306	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910
307	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307
308	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610
309	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014
310	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260
311	Methylprednisoloni acetas	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814
312	Methylprednisoloni acetas + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312
313	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990683215
314	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990683123
315	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539
316	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501
317	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464
318	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618
319	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519
320	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529
321	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420
322	Metoprololi tartras	Metoprolol Medreg, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	08595566452483
323	Montelukastum	Asmenol, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990670758

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
324	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758
325	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772
326	Montelukastum	Astmodil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990881734
327	Montelukastum	Astmodil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991422462
328	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144
329	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120
330	Montelukastum	Milukante, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990668137
331	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685
332	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647
333	Montelukastum	Monkasta, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671243
334	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990871858
335	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991329235
336	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743
337	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767
338	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05907626703481
339	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990780266
340	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991457013
341	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991472023
342	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991472030
343	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188
344	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263
345	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294
346	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990671090
347	Montelukastum	Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990671052
348	Montelukastum	Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990671076
349	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263
350	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270
351	Montelukastum	Romilast, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991007300
352	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621
353	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821
354	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720
355	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920
356	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 9500 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990075829
357	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932
358	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038
359	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 19000 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990837137
360	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 150 mg	50 szt.	05909990048809

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
361	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990048823
362	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990048854
363	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480
364	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497
365	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990825615
366	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990825714
367	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115
368	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946
369	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712
370	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416
371	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312
372	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411
373	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185
374	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192
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	Salbutamolum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065
382	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991106928
383	Salbutamolum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991107826
384	Salbutamolum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516
385	Salbutamolum	Ventolin, aerozol wziewny, zawiesina, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990442010
386	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713
387	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991109424
388	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	90 szt.	05909991109431
389	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390
390	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825
391	Salmeterolum	Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	1 szt. (1 szt.po 120 daw.)	05909990623099
392	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

F 1. Technologie lekowe o wysokiej wartości klinicznej

F 2. Technologie lekowe o wysokim poziomie innowacyjności

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Brexucabtagene autoleucel	Tecartus, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10^8 – 2 x 10^8 komórek	1 worek po 68 ml	05909991460662
2	Enfortumabum vedotini	Padcev, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 20 mg	1 fiol.	05909991487430
3	Enfortumabum vedotini	Padcev, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol.	05909991487447
4	Givosiranum	Givlaari, roztwór do wstrzykiwań, 189 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	08720165814046
5	Imlifidasum	Idefirix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg	1 fiol.	07350118290033
6	Imlifidasum	Idefirix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg	2 fiol.	07350118290040
7	Lumasiranum	Oxlumo, roztwór do wstrzyknięć podskórnych, 94,5 mg/0,5ml	1 fiol. 0,5 ml	08720165814138
8	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml	05397227701106
9	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml	05397227701137
10	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml	05397227701168
11	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml	05397227701199
12	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml	05397227702844
13	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml	05397227702875
14	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 8 fiol. 8,3 ml	05397227702905
15	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 1 fiol. 8,3 ml	05397227701090
16	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml	05397227701120
17	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml	05397227701151
18	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml	05397227701182
19	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml	05397227702837
20	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml	05397227702868
21	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml	05397227702899
22	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	2 fiol. 8,3 ml	05397227701083
23	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	3 fiol. 8,3 ml	05397227701113
24	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	4 fiol. 8,3 ml	05397227701144
25	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	5 fiol. 8,3 ml	05397227701175
26	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	6 fiol. 8,3 ml	05397227702820
27	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	7 fiol. 8,3 ml	05397227702851
28	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	8 fiol. 8,3 ml	05397227702882
29	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml	9 fiol. 8,3 ml	05397227702912
30	Pretomanidum	Dovprela, tabl., 200 mg	26 szt.	05901797711139
31	Sacituzumabum govitecanum	Trodelvy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol. proszku	05391507146816
32	Satralizumabum	Enspryng, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strzyk.	07613326032322
33	Selpercatinibum	Retsevmo, kaps. twarde, 40 mg	56 szt.	08586009570529
34	Selpercatinibum	Retsevmo, kaps. twarde, 80 mg	112 szt.	08586009570536
35	Tafasitamabum	Minjuvi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol. proszku	09088885500694